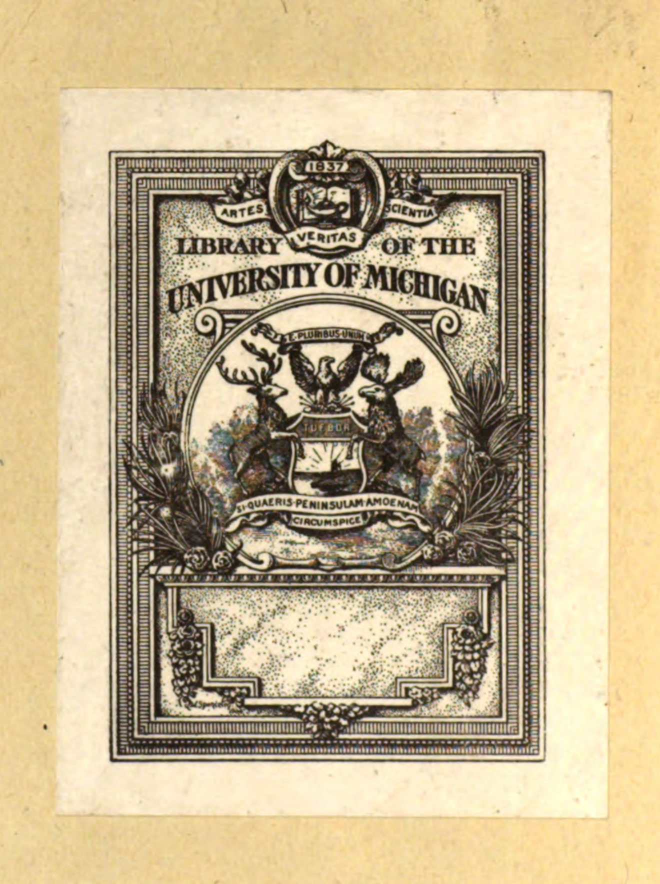
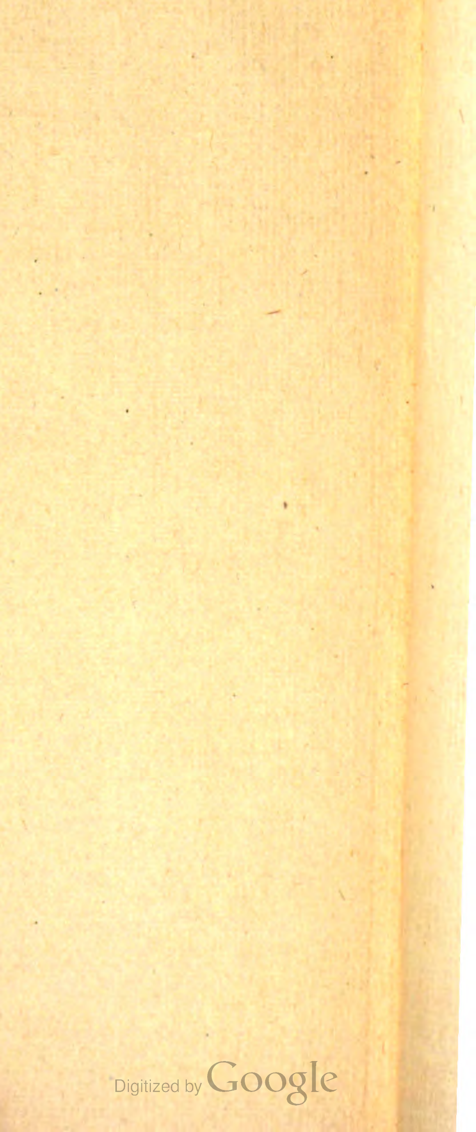

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Berlin), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Dreissigster Jahrgang.

(Januar — December 1914.)

Berlin 1914.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Briefkasten.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, Januar. 1914. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1912.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	58	295	121	21	178	20	32	725
Deutschland	69	210	81	23	194	28	41	646
Frankreich	27	109	95	15	110	25	30	411
Grossbritannien und Colonien	21	85	90	10	102	19	24	351
Ungarn	12	54	43	7	84	12	10	222
Italien	9	36	40	6	69	10	12	182
Oesterreich	12	39	31	5	70	8	9	174
Belgien	10	32	30	4	67	10	7	160
Holland	9	29	28	3	55	9	7	140
Spanien	8	26	29	4	49	7	6	129
Russland.	7	21	27	3	41	5	6	110
Polen	6	16	21	2	38	4	6	93
Schweden	4	17	18	—	35	3	5	82
Dänemark, Norwegen . . .	3	15	16	1	29	2	4	70
Schweiz	3	10	11	—	21	8	2	55
Zusammen	258	994	681	104	1142	170	201	3550

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. Trifiletti. Bericht über das Unterrichtsjahr 1912-1913. (Rendiconto dell' anno scolastico 1912-1913.)** *Neapel 1913.*

Verf. giebt eine Statistik der Massei'schen Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, aus der sich ergiebt, dass im Unterrichtsjahr 1912/13 daselbst 3011 Kranke behandelt wurden. In einer Vorrede führt Massei selbst bewegliche Klage darüber, dass die stationäre Klinik, deren nomineller Director er ist, thatsächlich noch immer nicht hat in Function treten können.

Auf den statistischen Bericht folgen einige Arbeiten von Assistenten Massei's, über die wir an anderer Stelle referiren werden.

FINDER.

2) **H. v. Schrötter. Gesichtspunkte zur systematischen Bekämpfung und Erforschung des Skleroms.** *Gesellschaft der Aerzte in Lemberg. 14. Juni 1912.*

Verf. giebt zunächst an der Hand der von ihm entworfenen kartographischen Darstellungen eine Uebersicht über den derzeitigen Stand der Ausbreitung der Seuche. Er trägt sodann die Ergebnisse einer Studienreise vor, die er zum Zweck der Erforschung des Skleroms nach Galizien unternommen hat. Die Studien müssen sich über das erkrankte Individuum hinaus erstrecken und der epidemiologischen Seite der Erkrankung gerecht werden. Redner bespricht die Localisationen der Krankheit, die Art der Infection, wobei er darauf hinweist, dass für die Uebertragung von Mensch auf Mensch ein lange dauernder, inniger Contact nöthig ist. Verf. hat die Vorstellung, dass in der Mehrzahl der Fälle fortgesetzte Mischinfectionen erst den Boden schaffen, der zur Entwicklung der Sklerombacillen nöthig ist (symbiotischer Effect).

Es wird dann die Frage der Bakteriologie des Skleroms erörtert und darauf hingewiesen, dass es nothwendig sei, die Bacillen auch in den Wohnungen der Kranken, in den Lehmwänden, den Stallungen etc. nachzuweisen. Zur Aufklärung dieser und noch einer Anzahl anderer Fragen, die Verf. anführt, schlägt er vor, in Lemberg eine Centralstelle zu errichten, ferner den Zusammentritt einer internationalen Skleromconferenz in Oesterreich.

FINDER.

3) **O. Kutvirt. Ueber die Behandlung des infectiösen Skleroms mit Honl's Rhinosklerin.** *Lekarské Rozhledy. 1912.*

Schon seit mehreren Jahren wurden einige Fälle von Sklerom mit Injectionen von Sklerin behandelt. Hier werden 4 nach der neuen Methode von Honl mittels Autovaccination behandelte Fälle angeführt. Ausheilung wurde nicht erzielt, jedoch für einige Jahre eine Sistirung des Processes erlangt. Nach Verf. ist bei dieser Behandlung nur eine zeitweilige Immunisirung erzielbar, und es ist daher nothwendig, dass sich der Kranke von Zeit zu Zeit neuen Injectionen unterzieht (Etappenbehandlung).

STEINER.

4) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Bakteriologie der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. hat sein Untersuchungsmaterial dem mittleren Nasengange entnommen

und zwar unter gleichmässiger Abdeckung des Naseneinganges und Vorhofs durch grosse Ohrtrichter, wie sie zur Nachbehandlung bei Totalaufmeisselung des Warzenfortsatzes benutzt werden. Verengte Nasen blieben unberücksichtigt. Die Impfung fand auf Blutplatten statt. In etwa 30 pCt. der Fälle wurde die normale Nase steril befunden; in reichlich 40 pCt. wurden weniger als 5 Culturen gefunden; nur in 25—30 pCt. war aus der normalen Nase ein einigermaassen reichliches Bakterienwachsthum zu erzielen; am häufigsten wuchsen hier Staphylokokken, selten gramnegative Doppelkokken. — Besonders bei Nebenhöhlenempyemen lässt sich nur eine Seite oft als bakterienhaltig erkennen, während die andere steril ist. — Die Mundrachenhöhle fand sich stets mit reichlicher Bakterienflora besetzt, und zwar überwiegen hier die Streptokokken; die gramnegativen Doppelkokken sind etwa 3 Mal so häufig als in der Nase. Hämolytische Streptokokken kommen normalerweise in 30 pCt. der Fälle im Munde vor, während die normale Nase solche nie beherbergt; bei der lacunären Angina finden sie sich fast stets im Munde, zu 13 pCt. auch bei dieser Erkrankung in der Nase.

10 Mal konnten nach Entfernung von Hyperplasien der unteren Muschel aus dem Nasentampon hämolytische Streptokokken gezüchtet werden. 7 von diesen hatten Anginen im Gefolge und zeigten Fieber und beträchtliche Allgemeinerscheinungen; 3 Mal war keine Angina und kein getrübtes Allgemeinbefinden vorhanden. Die Anwesenheit dieser hämolytischen Streptokokken ist nur einige Tage lang nachweisbar. Bei Vorhandensein hämolytischer Streptokokken, etwa bei Nebenhöhleneiterung in der Nase, sollte jedenfalls der Versuch ihrer Entfernung durch desinficirende Spülungen vor der nothwendigen Operation gemacht werden. Nach voraufgegangener Angina ist jede weitere Operation so lange als möglich zu verschieben.

W. SOBERNHEIM.

5) **U. Lejeune. Pneumokokkenseptikämie mit Localisationen in Hals, Lunge und Pleura. (Septicémie pneumococcique avec localisations successives dans la gorge, dans la région du cou, dans les poumons et dans la plèvre.)** *Archives médicales belges. October 1913.*

Eingehende Beschreibung eines Falles; als Erreger der Allgemeininfection wurde der Fränkel'sche Diplococcus gefunden.

PARMENTIER.

6) **J. Safranek. Ueber Veränderungen der oberen Luftwege bei Leukämie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 965. 1913.*

Auf Veranlassung von Onodi wurden bei 33 Fällen von Leukämie die oberen Luftwege untersucht. Als häufigstes Symptom fand sich Nasenbluten, das gewöhnlich vom Nasenseptum ausging: es fand sich an der Nasenscheidewand ein mehr oder weniger umschriebenes Infiltrat mit oder ohne Epitheldefecte; in anderen Fällen fehlte das Infiltrat, und es waren dann auf der blassen wachsgelben Schleimhaut kleinere Sugillationen zu sehen.

In einem Falle lymphatischer Leukämie zeigte sich ein leukämisches Infiltrat in grosser Ausdehnung (Nasenrachen, Rachen, weicher Gaumen, Kehlkopfeingang, Kehlkopfinnere) und wurden dadurch Athmungs- und Schluckbeschwerden bedingt. In einem anderen Falle bestanden schwere Blutungen aus dem Zahnfleisch. Bei

wieder einem anderen Patienten, der zur Obduction gelangte, waren die peribronchialen Lymphdrüsen und die Lymphdrüsen des vorderen Mediastinums stark vergrössert

An Hand eigener Erfahrung und gestützt auf die vorhandene Litteratur werden Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie eingehend besprochen. OPPIKOFER.

7) **Collet** (Lyon). **Die pharyngolaryngealen Psychopathien. (Psychopathies pharyngolaryngées.)** *Lyon médical. 29. Juni 1913. Annales des maladies de l'oreille. No. 7. 1913.*

Ohne sich bei den bekannten sensiblen Störungen aufzuhalten, berücksichtigt Verf. besonders die motorischen Störungen auf functioneller Basis und berichtet über eine Reihe hierhergehöriger Fälle. 1) Fall von Aphonia nervosa combinirt mit Stummheit bei einem Knaben. Heilung durch Faradisation und Athmungsgymnastik. 2) Fall von Aphonia mit derartigen Schluckschmerzen, dass man an eine Kehlkopfphthise hätte denken können. 3) Nervöser Husten mit Anfällen von Cyanose und Dyspnoe bei einer Kranken, die nachher melancholisch wurde. 4) Gaumensegellähmung auf functioneller Basis, die in der Folge Krisen von nasaler nervöser Insufficienz zeigt. Endlich der interessanteste Fall 5) Ein 50jähriger College, der wegen Dyspnoe mit bedrohlichen Einziehungen die Tracheotomie verlangte. Die Dyspnoe verschwand jedoch während des Schlafs und der Stridor war ein exspiratorischer; die endoskopische Untersuchung ergab die functionelle Natur des Leidens. Einige Monate später trat eine andere Form von Psychose auf, indem der Patient die Nahrung verweigerte. GONTIER DE LA ROCHE.

8) **Edward W. Collins. Der Einfluss von Diätfehlern auf Störungen in den oberen Luftwegen. (The relation of dietetic errors to disturbances of the upper resptratory tract.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Verf. bespricht den Einfluss, den gastro-intestinale Toxaemien auf die oberen Luftwege haben können; er würdigt die Bedeutung, die der Lebensweise bei Erkrankungen der Athmungswege zukommt. Verf. hat beobachtet, dass in manchen Fällen die Anwendung von Kohlenhydraten und Fruchtsäuren ausgesprochene Störungen in den oberen Luftwegen verursachen, dass in manchen Fällen Fruchtsäuren, jedoch ohne Zuckerzusatz, gut vertragen werden und günstig wirken.

EMIL MAYER.

9) **Gluck** (Berlin). **Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1913.*

Verf. schildert in grossen Zügen die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege, die wir zum grössten Theil seiner hingebenden, genialen Arbeit verdanken: Vermeidung der Aspirationspneumonie durch prophylaktische Resection der Trachea und Einnähen des Trachealstumpfs circulär in eine Hautboutonniere; die cutane Laryngoplastik combinirt mit Jodoformschürzentamponade für die Hamilaryngektomie; Sorge für aseptisches Operiren; radicale Exstirpation der regionären Lymphdrüsen; exacte Wundversorgung; Bildung einer künstlichen Lacuna vasorum zur Isolirung der Gefässscheiden von der Pharynxnahtlinie; die secundären plastischen Operationen zum Schluss von Pharynxfisteln und -De-

fecten; Construction von Canülen und Ersatzprothesen. Sodann bespricht Verf. die Indicationen und die Auswahl der Operationen für die concreten Fälle und zeigt zum Schluss an einer Reihe von Patienten seine bewunderungswürdigen Resultate. ZARNIKO.

10) **R. Spira. Zur Casuistik der Krankheiten des Ohres und des oberen Respirationstractus.** *Przeglad lekarski. No. 37—40. 1913.*

1. Bei einem Säugling, der bei Vaccination am Arm inficirt wurde, entstanden tiefe Geschwülste auf der oberen Lippe, im äusseren Gehörgange und auf der Hand. Der Verlauf war günstig.

2. Behandlung von acuter Tonsillitis lacunaris.

3. Zum Schluss bespricht Verf. die reflectorischen Kopfschmerzen otogener Herkunft, sowie den nervösen Husten. A. v. SOKOLOWSKI.

11) **E. R. Apperly** und **Somerville Hastings. Aetheranästhesie bei Nasen- und Halsoperationen. (Ether anaesthesia in nose and throat operations.)** *Lancet. 20. September 1913.*

Um die Gefahr von Herzstörungen in Folge der combinirten Wirkung von Chloroform und Adrenalin zu vermeiden, benutzt Verf. Aether, dem er Stickstoffoxyd vorhergehen lässt; für die Aethernarkose verwendet er einen von ihm modificirten Junker'schen Apparat. A. J. WRIGHT.

12) **Saxton Temple Pape. Intracheale Insufflationsanästhesie. (Intracheal insufflationanaesthesia.)** *California State journal of medicine. Juli 1913.*

Verf. hat einen Apparat construirt, mittels dessen es möglich ist, einen constanten Strom von warmer, feuchter Luft, welche verschiedene Mengen Aether enthält, unter einem regulirbaren Druck von 10—20 mm Hg zuzuführen, ohne dass der Druck je höher steigen kann. EMIL MAYER.

13) **W. Freudenthal** (New-York). **Ueber die Schwebelaryngoskopie.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. empfiehlt die Methode bei Fällen von Tuberculose, Abscessen im Larynx und der Epiglottis, Larynxneubildungen und Fremdkörpern im Larynx und Pharynx. Die Frage, ob die Tonsillektomie bei allgemeiner Narkose stets in Schwebe vorzunehmen sei, will Verf. noch nicht definitiv beantworten; für viele Fälle ist sie zweifellos der aufrechten vorzuziehen. —

Abbildung einer Modification des Killian'schen Spatels zum Zurückhalten der Epiglottis. W. SOBERNHEIM.

14) **A. Seiffert** (Breslau). **Die Killian'sche Schwebelaryngoskopie und ihre erweiterte Anwendung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 607. 1913.*

Vorerst berichtet Verf. kurz über all die Modificationen, die an dem Instrumentarium der Schwebelaryngoskopie seit der Veröffentlichung der Methode durch Killian von verschiedener Seite vorgeschlagen worden sind und weist dann auf den hohen Wert der Schwebelaryngoskopie hin, welche an der otolaryngologischen Abteilung von Prof. Brieger-Breslau bis heute an über 200 Fällen zur Anwendung kam.

Verf. gibt kein Scopolamin mehr und begnügt sich mit der localen Anästhesie (10—20proc. Cocain), die hinreicht, um die Schwebelaryngoskopie meist ohne besonders grosse Belästigung für den Patienten ruhig ausführen zu können. Nur bei Kindern ist die Allgemeinnarkose nothwendig. Bei Einführung des Spatels lässt er die Zunge nicht vorziehen. Um den Hypopharynx bei Verdacht auf Hypopharynxtumoren oder Fremdkörpern im Hypopharynx noch stärker zu entfalten als dies bereits bei der Schwebelaryngoskopie geschieht, drängt Verf. durch ein Speculum mit langen Branchen, das dem Kramer'schen Speculum nachgebildet ist, den Kehlkopf von der Wirbelsäule ab. Auf diese Weise konnte er z. B. ein Zweipfennigstück, das bei einem 3 Jahre alten Kind im Oesophaguseingang quer eingeklemmt war, leicht extrahiren und bei einem 64 Jahre alten Mann, der seit mehreren Monaten an Schluckbeschwerden litt, eine Geschwulst, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Lipom erwies, aus dem Hypopharynx mit Messer, Zange und Schlinge entfernen.

Vorzügliche Dienste leistet die Schwebelaryngoskopie auch dann, wenn Kinder ösophagoskopirt werden sollen. Die Schwebeösophagoskopie, auf die bis heute noch nicht hingewiesen worden ist und welche Verf. in 12 Fällen ohne jegliche Schwierigkeit hat ausführen können, schafft ein grosses Gesichtsfeld zum Einführen des ösophagoskopischen Rohres und gestattet an dem in Schwebe hängenden narkotisirten Kinde ein ruhiges Arbeiten. Unter dieser gleichzeitigen Anwendung von Schwebe und Oesophagoskopie hat Verf. z. B. bei 2 Kindern eine Verätzung der Speiseröhre festgestellt und bei einem Kind ein Geldstück aus dem Oesophagus entfernt.

Verf. rühmt dann die grossen Vortheile, welche die Schwebelaryngoskopie bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose bietet: Cauterisiren und Curettiren lassen sich leichter und gründlicher ausführen als bei der indirecten Methode. Dagegen haben dem Verf. die Versuche, in Schwebelage eine directe Röntgenbestrahlung des tuberculösen Kehlkopfinnern vorzunehmen, in Folge Schwierigkeiten äusserer Art bis heute noch keine befriedigenden Resultate ergeben.

Bei einem Kind mit Kehlkopfpapillomen konnte durch Anwendung der Schwebelaryngoskopie die Tracheotomie vermieden werden. Im Ferneren wurde die Schwebelaryngoskopie mehrfach zum Entfernen von Stimmbandknötchen bei Kindern angewendet, dann auch bei schwierigen Probeexcisionen, einmal auch zum Entfernen eines Knochenstückes aus dem Kehlkopf bei 5 Jahre altem Kind.

Als zweckmässig kann sich die Methode unter Umständen auch zur Stellung der Diagnose erweisen: es wurde bei einem Kind durch die Schwebelaryngoskopie der Verdacht auf Larynxdiphtherie bestätigt und in einem Falle von erschwertem Decanulement eine subglottische Granulationsmasse festgestellt.

Die Tonsillektomie wurde nur ein Mal in Schwebelage ausgeführt. Verf. hält die Methode für diesen Eingriff entbehrlich.

Endlich möge erwähnt sein, dass die Schwebelaryngoskopie unter nur oberflächlicher Anästhesirung auch dazu benutzt wurde, um 2 Patienten mit hysterischer Aphonie zum Lautsprechen aufzumuntern; es erwies sich hier die Schwebe als ein sehr anregendes prompt wirkendes Mittel.

Das Urtheil über die Unannehmlichkeiten der Schwebelaryngoskopie lautete

bei den verschiedenen Patienten ungleich; viele wären zu einer zweiten gleichartigen Untersuchung bereit gewesen, andere dagegen empfanden den Druck auf die Zunge und die Dehnung der Gaumenbögen als lästig. Verf. hat auch sich selbst schweben lassen und empfand die Cocainisirung unangenehmer als die Untersuchung in Schwebe. Nennenswerthe Schädigungen wurden nie beobachtet, nur hin und wieder geringe Druckstellen an der laryngealen Fläche des Kehldeckels und in wenigen Fällen kleine Einrisse in die Gaumenbögen.

OPPIKOFER.

15) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvar, Ungarn). **Neue Methode zur Dilatation der Tuba auf directem Wege.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1913.*

Metallabgüsse des Tubenkalibers sind auf Verf.'s directem Wege zur Dilatation angewendet worden. Günstiger Erfolg in 6 Fällen. Das Verfahren ist für den Laryngologen nur so weit von Interesse, weil es auf dem Wege der directen Besichtigung des Nasenrachenraumes ausgeführt wird.

POLYAK.

b) Nase und Nasenrachenraum.

16) **Moreaux. Ueber die klinische Rhinometrie. (Essais de rhinométrie clinique.)** *Paris médical. No. 42. 1913.*

Bekanntlich hat der Glatzel'sche Spiegel nur eine approximative Eintheilung. Rob. Joy hat hierin eine Verbesserung eingeführt, die unserem Autor aber nicht genügend erscheint. Deshalb hat er eine neue Markirung, ja sogar zwei neue Markirungen des Spiegels vorgeschlagen, die nunmehr allen mathematischen Anforderungen, nach welchen eine krumme Linie durch 5 Punkte bestimmt ist, Genüge leistet. Später wird M. seine klinischen Erfahrungen mit dem neuen rhinometrischen Spiegel veröffentlichen.

LAUTMANN.

17) **Günther** (Leipzig). **Olfactometer.** *Med. Klinik. No. 39. 1913.*

Der Olfactometer besteht aus einem 20 cm langen und 1,1 mm dicken, mit einer etwa 12 cm langen und 0,1 cm breiten Längsspalte versehenen Metallrohr, in welchem ein anderes Rohr luftdicht verschieblich ist. Durch das Ausziehen des inneren Rohres kann der Spalt von 0—120 mm verlängert werden. Am oberen Ende des Rohres ist eine als Nasenansatz dienende Glasolive, am anderen Ende ein Glastrichter anzubringen. Von einem Glasnapfe aus können flüssige oder feste riechende Substanzen in die Nase eingeathmet werden.

SEIFERT.

18) **F. Göppert** (Göttingen). **Die Rhinitis posterior im Säuglingsalter.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Verf. stellt ein neues Krankheitsbild auf, die Rhinitis posterior der Säuglinge, das durch eine chronische Verstopfung des hinteren Theils der Nasenwege (des von ihm sogenannten Canalis choanalis) charakterisirt ist. Die klinischen Erscheinungen setzen sich aus den bekannten Folgen der Nasenverstopfung, aus Verdauungsstörungen (Durchfällen, Meteorismus, vielleicht durch Luftschlucken) Gewichtsabnahme, Zurückbleiben im Wachsthum und einer Neigung zu infectiösen Complicationen im Bereich der Athmungs- und Verdauungswege zu-

sammen. Den naheliegenden Einwand, dass es sich um Rachenmandelschwellung handle, glaubt Verf. nach dem klinischen Verlauf zurückweisen zu müssen. Therapie: Anämisirung durch Suprarenin (1:3000), Arg. nitric. (1:100), frische Luft, Regelung der Diät, Bekämpfung einer etwa vorhandenen exsudativen Diathese.

ZARNIKO.

19) **Göppert** (Göttingen). **Pathologie des Schnupfens im Säuglingsalter.** *Vereinigung für Kinderheilkunde. Wiesbaden. 13. April 1913.*

Inhalt deckt sich mit dem des vorhergehenden Referats.

Discussion: Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) stellt sich auf den Standpunkt, dass angeborene adenoide Vegetationen vorkommen. Bericht über einen solchen Fall. Nebenwirkungen bei der Suprareninbehandlung des Säuglingsschnupfens hat er nicht gesehen. — Siegert (Köln) ist der Ansicht, dass die Kinder mit ewig recidivirender Rhinitis Lymphatiker sind; jene Rhinitiden sind eine der Manifestationen bei diesen letzteren. — Hoffa (Barmen) berichtet über einen Fall von im Anschluss an Schnupfen entstandenem operativ geheiltem Lungenabscess bei einer zweimonatigen Frühgeburt. — Lugenbühl (Wiesbaden) verfügt über einen Fall, in dem bei zehnwöchigem Kinde ein gut haselnussgrosser Tumor des Nasenrachenraumes entfernt wurde. Er erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als adenoides Gewebe. Dieser Fall spricht für die Möglichkeit angeborener Rachenmandelhypertrophie. Die Adrenalinsalbe von Parke Davis & Co. ist wegen ihrer längeren Wirksamkeit empfehlenswerther als Adrenalintropfen. — Göppert (Schlusswort) will das Vorkommen angeborener oder sehr frühzeitiger Adenoide nicht bestreiten. Siegert gegenüber bemerkt er, dass die Kinder exsudativ-diathetisch waren; es besteht eine Sonderdisposition für die speciellen Organe, hier für die Nasenrachenschleimhaut.

FINDER.

20) **Ruth Tunnicliff. Ein bei acuter Rhinitis vorkommender anaërober Mikroorganismus. (An anaerobic organism associated with acute rhinitis.)** *Journal american medical association. 28. Juni 1913.*

Verf. hat in dem Stadium der Coryza, wo das Secret einen schleimigen Charakter hat, Bakterien gefunden, die, wenn das Secret anfängt eitrig zu werden, an Zahl abnehmen, um schliesslich ganz zu verschwinden und zwar fand sich der Mikroorganismus in allen darauf untersuchten Fällen von acuter Rhinitis.

Besteht eine den Schnupfen begleitende Pharyngitis, Tonsillitis oder Bronchitis, so findet sich der Bacillus bisweilen in grosser Menge im Sputum und Rachenschleim. Er fand sich unter allen untersuchten normalen Personen nur ein Mal in ganz geringer Menge. Carbolgentianaviolett und Carbolfuchsin sind die besten Färbemittel; er färbt sich nicht nach Gram. Verf. giebt eine genaue morphologische Beschreibung des Bacillus. Er ist durchaus anaerob und hat besonders zuerst ein langsames Wachsthum. Verf. ist es geglückt, ihn auf verschiedenen Nährböden in Reincultur zu züchten. Verf. hat an sich selbst Infectionsversuche angestellt; es trat eine leichte Rhinitis auf, auch eine Pharyngitis und zwar erfolgte die Infection 6 Stunden nach der Inoculation und hielt ungefähr 48 Stunden an. Der Mikroorganismus fand sich in ziemlich reichlicher Menge in Nase und Pharynx 18 Stunden nach der Inoculation und ein Paar fanden sich noch am

dritten Tage. Während der Infection fiel der opsonische Index auf 0,5 und stieg mit ihrem Aufhören auf 2,6.

Verf. lässt es dahingestellt, ob der beschriebene Bacillus der Erreger der acuten Rhinitis ist, er constatirt nur, das er ihn in den Frühstadien der Erkrankung stets gefunden hat.

EMIL MAYER.

21) **W. Wilson. Acuter und chronischer Nasenkatarrh. (Nasal catarrh, acute and chronic.)** *Practitioner. October 1913.*

Bei acutem Schnupfen hat Verf. die besten Resultate erzielt durch eine Morphiuminjection mit nachfolgender Darreichung von Aspirin und locale Anwendung einer Salbe mit Menthol und Methylsalicyl.

A. J. WRIGHT.

22) **Virginius Dabney. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrineus rhinitis.)** *The Laryngoscope. März 1913.*

Verf. fand in seinen Fällen wiederholt den Streptococcus aureus in Reinkultur, niemals den Klebs-Loeffler'schen Bacillus. Diejenigen Fälle, in denen der Klebs-Loeffler'sche Bacillus sich findet, müssen als diphtherische classificirt werden. Fast alle Fälle betreffen das Kindesalter; die constitutionelle Natur der Erkrankung folgert Verf. aus der Vorliebe, mit der sie solche Kinder befällt, die an Erkältungen leiden, sich in einem Erschöpfungszustande befinden, kürzlich von einer Krankheit — besonders einer fieberhaften — genesen sind.

EMIL MAYER.

23) **F. Mucche. Die Nasenscheidewand und ihre Abnormitäten. (The septum nasi and its abnormalities.)** *Practitioner. August 1913.*

Septumverbiegungen sind in der Regel traumatischen Ursprungs; wenn sie mit adenoiden vergesellschaftet sind, so sind die letzteren wahrscheinlich die Ursache der Septumverbiegungen. In jedem Falle ist die submucöse Resection die zu wählende Operation.

A. J. WRIGHT.

24) **Stefani** (Lyon). **Abscess der Nasenscheidewand. (Abcès de la cloison du nez.)** *Lyon médical. 17. August 1913.*

Der Abscess fand sich ohne vorhergehendes Trauma als locale Complication bei Diabetes; Ausstossung eines Knorpelsequesters.

GONTIER DE LA ROCHE.

25) **O. Heinemann** (Berlin). **Phlegmone septi narium nach Gesichtserysipel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1912.*

Ein Krankheitsfall, bei dem in Folge eines Gesichtserysipels ein Septumabscess entstand.

ZARNIKO.

26) **R. Goldmann** (Iglau). **Die Indicationen für die submucöse Fensterresection des Nasenseptums.** *Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 6. 1913.*

Kritische Betrachtung und Aufzählung sämmtlicher für diesen Eingriff in Betracht kommender Indicationen.

STEINER.

27) Hanau W. Loeb. **Submucöse Resection der Nasenscheidewand; Indicationen und Contraindicationen. (Submucous resection of the nasal septum; indications and contraindications.)** *Journ. amer. med. assoc. II. 21. Sept. 1912.*

Verf. fasst die Indicationen recht weit; sie können sein: Recidivirende acute Entzündung der Nase; hypertrophische Rhinitis, chronische Rhinitis verschiedener Form; atrophische Rhinitis (! Red.), chronische Nebenhöhlenentzündung und Nasenpolypen; Erkrankungen des Pharynx, der Larynx und der Bronchien; Heufieber; Mittelohraffectionen.

Contraindicationen sind: Alter, acute Mittelohr- und Rachenkrankheiten; Syphilis, Tuberculose und schlechter Allgemeinzustand. EMIL MAYER.

28) Isaac M. Heller. **Die submucöse Resection und einige ihrer Schwierigkeiten. (The submucous operation and some of its difficulties.)** *New York state medical journal. December 1912.*

Verf. verwirft die Knopflochincision, da es die Schwierigkeiten erheblich vergrössert, wenn man in der Tiefe einer dunklen Tasche operirt; er weist ferner auf die Nothwendigkeit einer möglichst ausgiebigen Fortnahme des die Obstruction verursachenden Septums hin. EMIL MAYER.

29) Sam Goldstein. **Reimplantation des Septumknorpels nach der submucösen Resection. (Reimplantation of the patients cartilage after submucous resection.)** *New York medical journal. 5. October 1912.*

Verf. legt den herausgenommenen Knorpel in warme physiologische Kochsalzlösung und pflanzt ihn völlig zwischen die beiden Perichondrien ein; er betrachtet diese Methode als Vorbeugungsmittel gegen die Eventualität eines Einsinkens der Nase, besonders wenn hochsitzende Verbiegungen entfernt worden sind. EMIL MAYER.

30) Richard H. Brown. **Transplantation eines Stückes Knorpel in das Septum, um nach der submucösen Resection die Perforation zu verhüten. (Transplantation of a piece of cartilage into the septum to prevent perforation after submucous resection.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Verf. transplantirte, um eine in dem betreffenden Fall unvermeidlich scheinende Perforation zu verhüten, ein Stück des entfernten Septumknorpels zwischen die Schleimhautblätter; der Erfolg war ein sehr guter. EMIL MAYER.

31) William R. Butt. **Submucöse Septumresection in halbliegender Stellung. (Submucous resection of the nasalseptum in the semirecumbent position.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. März 1913.*

Verf. betrachtet als ideale Stellung des Patienten bei allen Operationen unter Localanästhesie in Nase und Hals die halbliegende, indem der Patient auf dem Tische liegt mit um 45° erhöhtem Oberkörper. EMIL MAYER.

32) J. Gruschlaw. **Indicationen für Operationen an der unteren und mittleren Muschel und Septum. (Indications for operation on the inferior and middle turbinates and septum.)** *New York medical journal. 10. Mai 1913.*

Verf. schränkt die Indicationen für die Septumoperationen ein zu Gunsten der Eingriffe an den Muscheln. EMIL MAYER.

33) **Rose Hall Skillern** und **George E. Pfahler. Die Röntgenstrahlen als Hülfsmittel zur Diagnostik der Keilbeinhöhlenorkrankungen. (The Roentgen ray as an aid to the diagnosis of the sphenoid sinus.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. December 1912.*

1. Der Nachweis von Erkrankungen der Keilbeinhöhle mittels Röntgenstrahlen hängt ab von guter Technik und guten Negativen. Der Fluorescenzschirm kommt nicht in Betracht.

2. Es hängt mehr oder ebensoviel davon ab, wie die Negative gedeutet werden, als wie sie hergestellt werden.

3. Die Untersuchung soll alle Höhlen einschliessen; es sind mindestens vier verschiedene Aufnahmen nöthig; gewöhnlich aber sechs und mehr.

4. Unter diesen Bedingungen können Entzündungen, Infectionen (tuberculöse und luetische), Neubildungen in den meisten, wenn nicht allen Fällen diagnosticirt werden.

EMIL MAYER.

34) **J. H. Bryan. Beziehung der Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen zu schmerzhaften Zuständen des Ohres. (Relation of diseases of the posterior sinuses to painful conditions of the ear.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Verf. hat Fälle gesehen, wo Ohrschmerzen aufhörten, nachdem eine bis dahin übersehene Affection der hinteren Nebenhöhlen auf derselben Seite zur Heilung gebracht war. Er erinnert an den von Sluder erkannten Zusammenhang zwischen Trigeminusneuralgie und Keilbeinempyem. Der reflectorische Schmerz im Ohr jedoch, der durch eine Reizung des längs des unteren Randes der Keilbeinhöhle verlaufenden N. Vidianus bedingt sei, habe bisher bei Ohrenärzten und Rhinologen nicht genügend Beachtung gefunden.

EMIL MAYER.

35) **Greenfield Sluder** (St. Louis). **Ueber anatomische und klinische Beziehungen der Keilbeinhöhle zu dem Sinus cavernosus und den Nervenstämmen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus, Abducens und Nervus Vidianus.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. zeigt an Abbildungen, dass die obengenannten Nervenstämme bei kleinem Sinus cavernosus und den Haupttheil des Keilbeins einnehmender Keilbeinhöhle, in inniger Verbindung zu der Keilbeinhöhle liegen können im Gegensatz zu den bisherigen gewöhnlichen Anschauungen über die Topographie dieser Gegend. Ein entzündlicher Process kann sich somit leicht von der Keilbeinhöhle durch eine papierdünne Knochenschicht auf die Nervenstämme fortpflanzen. Erscheinungen entzündlicher Natur, die sich in nervösen Attacken, Migräneanfällen, Zuständen vergleichbar der Rhinitis vasomotoria äusserten (7 Krankengeschichten), konnten häufig durch medicamentöse Behandlung der Nerven von der seitlichen Wand der Keilbeinhöhle aus günstig beeinflusst werden. Die Füllungen der Keilbeinhöhle geschahen mit öligen Lösungen, wie 1proc. Phenol, 2proc. Menthol, 5—10proc. Gaultheria und 1proc. Cocain. Sehr zufriedenstellend war die Behandlung mit 2—5proc. Natriumsalicyllösung. Experimentell konnte Verf. völlige Analgesie und Paralyse des Tastsinns der 3 Trigeminusäste durch Cocainisirung der seitlichen Keilbeinhöhlenwand erzeugen.

W. SOBERNHEIM.

36) **Szmurto. Ein Fall von Neuritis retrobulbaris, verursacht durch eiterige hintere Ethmoidal- und Spheneoidalsinusentzündung.** *Gazeta Lekarska. No. 39. 1913.*

Verf. beschreibt ausführlich einen von ihm beobachteten Fall, bei welchem eine eitrige Ethmoidal- und Sphenoidalsinusentzündung eine Entzündung des rechten Nervus opticus hervorgerufen hat. Nach operativer Sinuseröffnung liessen die Erscheinungen der Entzündung des Sehnerven allmählich nach. Zum Schluss bespricht der Verfasser den causalen Zusammenhang zwischen den oben erwähnten Erkrankungen.

A. v. SOKOLOWSKI.

37) **Isaac M. Heller. Fremdkörper in der Keilbeinhöhle. (Foreign body in the sphenoid sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1913.*

Das Ende einer Hartmann'schen Zange brach bei der Operation ab (December 1911) und blieb in der Keilbeinhöhle; Verf. entfernte die Vorderwand der Höhle mittels der Hajek'schen Zange und konnte den Fremdkörper leicht entfernen. Er macht darauf aufmerksam, dass bei der gewöhnlich vom Patienten bei Operationen an der mittleren Muschel eingenommenen Stellung die Vorderwand der Keilbeinhöhle dieselbe Lage annimmt wie der Boden des mittleren Nasenganges; ist in der Vorderwand der Höhle eine genügend grosse Oeffnung, so können Gegenstände leicht aus dem mittleren Nasengang in die Höhle fallen; daran müsste man stets denken, wenn Wattetampons in der Nase zurückgeblieben sind.

EMIL MAYER.

38) **R. Ramshorn** (Leipzig). **Verstellbares selbsthaltendes Nasenspeculum mit Stirnhalter.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. 1912.*

Die in allen Lagen verstellbare Spreizvorrichtung sitzt an einer Metallstange, die an einem metallenen Stirnreif verstellbar befestigt ist. Fabrikant: A. Hoffmann, Leipzig, Lindener Markt 4.

ZARNIKO.

c) Mundrachenhöhle.

39) **T. B. Layton. Abnorme Sensationen im Pharynx. (Abnormal sensations in the pharynx.)** *The Practitioner. October 1913.*

Jedem Fall von functioneller Erkrankung liegt irgendwelche organische Läsion zu Grunde; abnorme Sensationen im Rachen verhalten sich ebenso, wie abnorme Sensationen auf der Haut, sie kommen uns nur mehr zum Bewusstsein, weil wir uns der normalen Empfindungen an dieser Stelle nicht bewusst werden. Abnorme Empfindungen können hervorgerufen werden durch Fremdkörper, durch eine kleine oder unbedeutende locale Läsion in Verbindung mit einer Herabsetzung der allgemeinen Widerstandskraft des Körpers. Die Behandlung hat zuerst zu bestehen in sorgfältigem Suchen nach der primären Läsion und genauer Abwägung aller für die allgemeine Gesundheit des Patienten in Betracht kommenden Factoren.

A. J. WRIGHT.

40) **R. Botey. Zwei pathognomonische Symptome der Parästhesie des Pharynx. (Deux symptômes pathognomoniques de la paresthésie pharyngé.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Beim organisch Kranken werden durch eine Pinselung des Hypopharynx

mit Cocain die Beschwerden einigermaassen gemildert, beim rein nervösen werden sie gesteigert. Das zweite Symptom besteht darin, dass ein Druck auf die Vorderwand des Kehlkopfes beim „Parästhetiker" die Beschwerdon steigert, beim organisch Kranken keine besonderen Empfindungen hervorruft Dazu giebt Verf. noch an, dass die Reflexerregbarkeit der Nervösen herabgesetzt ist im Vergleich zu den Normalen.

LAUTMANN.

41) **Candela Martin. Lähmung des Nervus glosse-pharyngeus. (Paralisis del nervico gleso-faringeo.)** *Doctordissert. Januar 1913.*

Die Beobachtung zweier Fälle führt den Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Alkohol und Senilität spielen bei dem Zustandekommen der Lähmung eine grosse Rolle.
2. Wenn der Blutungsherd zur Resorption kommt, so kann auf die Möglichkeit einer Heilung gerechnet werden.
3. Die elektrische Behandlung übt einen günstigen Einfluss aus.

TAPIA.

42) **E. S. Tenney. Ulcere-membranöse oder Vincent'sche Angina. (Ulcere-membraneous or Vincent's Angina.)** *Southern med. journal. Sept. 1912.*

Verf. wendet sich gegen die Behauptung Wingrave's, dass fusiforme Bacillen und Vincent'sche Spirochäten in 80 pCt. aller normalen Mundhöhlen vorkommen; sie fänden sich zwar häufig in Mundhöhlen mit cariösen Zähnen und lockerem Zahnfleisch, aber das seien eben keine normalen Mundhöhlen. Auch das sei richtig, dass sie mit manchen der gewöhnlich in der Mundhöhle vorkommenden pathogenen Organismen vergesellschaftet vorkommen, denn die letzteren sind fast immer anwesend. Wenn die Ansicht Wingrave's richtig wäre, so müssten bei dem als Vincent'sche Angina bekannten Krankheitszustand die Vincent'schen Organismen fehlen oder nur in geringer Menge vorhanden sein können, das ist aber nicht der Fall, sondern sie finden sich dabei stets in enormer Menge und, wenn der Fall noch frisch ist, fast in Reincultur.

Verf. weist dann noch auf die Aehnlichkeit hin, die in manchen Punkten zwischen der Vincent'schen Angina und der Noma besteht; er glaubt, dass die letztere eine Form der ersteren darstellt bei einem schwachen und hinfälligen Individuum, plus der Invasion eines der virulenteren pyogenen Mikroorganismen, woraus unter diesen Umständen eine Gangrän resultirt.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

43) **Robert Levy. Die Differentialdiagnose zwischen Vincent'scher Angina und syphilitischem Primäraffect. (The differential diagnosis between Vincent's angina and primary syphilitic lesions of the tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1913.*

In dem Fall des Verf. bestand beiderseits Schwellung der Tonsillar- und Peritonsillarregion mit grauem Belag auf der Oberfläche beider Tonsillen; die Schwellung schien auf der linken Seite härter zu sein als auf der rechten, und auf dieser Seite war auch die Lymphdrüsenschwellung ausgesprochener als auf der rechten. Im Laufe einer Woche ging die Schwellung rechts zurück, links jedoch bestand eine ulcero-membranöse Läsion mit einem schmutziggrauen Belag. Es wurden zahlreich fusiforme Bacillen gefunden, sowie Vincent'sche Spirochäten,

aber keine Spirochaeta pallida. Locale Behandlung brachte keinerlei Besserung herbei. Nach 6 Wochen zeigten sich Secundärsymptome, und jetzt wurde auch die Wassermann'sche Reaction positiv; eine Salvarsaninjection brachte die locale Affection zum Verschwinden, und auch der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose. Es wurde auch der Modus der Infection festgestellt. EMIL MAYER.

44) **J. A. Mulholland. Vincent'sche Angina bei Kindern. (Vincent's angina in children.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Verf. glaubt auf Grund seiner Beobachtungen behaupten zu dürfen, dass die Vincent'sche Angina unter Kindern recht ansteckend ist und dass sie sich in Schulklassen usw. sehr leicht ausbreitet. Daraus ergebe sich die Nothwendigkeit, Maassnahmen gegen die Ausbreitung der Erkrankung zu treffen. EMIL MAYER.

45) **V. Frühwald** (Wien). **Der Bacillus fusiformis als Erreger von Meningitis und Hirnabscess nach Fremdkörperverletzung des Pharynx.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 47. S. 1028. 1913.*

Ein 4 Jahre altes Mädchen hatte eine Nadel verschluckt, die nun knapp oberhalb des Kehlkopfeinganges in der hinteren Rachenwand stecken blieb. Bei der Extraction brach die Nadel ab und blieb so ein Theil der Nadel in der Schleimhaut zurück. Weitere Extractionsversuche liess die Mutter des Kindes nicht zu. 8 Tage später Fieber, Nackensteifigkeit, mässige Entzündung der hinten Rachenwand, und an der Stelle des Sitzes der Nadel ein erbsengrosser eiternder Granulationspfropf; an dieser Stelle bei der Röntgenaufnahme $^1/_2$ cm langes Nadelfragment. Extractionsversuche vom Racheninnern aus ohne Erfolg. Nun Fieber über 39°, Zunahme der Nackenstarre und der Schluckbeschwerden; deshalb Entfernen des Nadelrestes durch Operation von aussen her. Verschwinden des Fiebers und der Nackenstarre, äussere Wunde reactionslos. 3 Wochen nach Entfernen der Nadel unerwartet Symptome einer Meningitis. Section: Hühnereigrosser linksseitiger Schläfenlappenabscess mit Perforation in den Seitenventrikel, diffuse eitrige Leptomeningitis. Kleiner retropharyngealer Abscess. Bakteriologische Untersuchung des Eiters: Bacillus fusiformis in Reincultur. OPPIKOFER.

46) **Julius Citron** (Berlin). **Zur Therapie der Angina Plaut-Vincenti.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1913.*

Zur Unterscheidung der Angina Plaut-Vincenti von der Syphilis ist neben der Chromsäurefärbung (Andereya) die Wassermann'sche Reaction vortrefflich geeignet. — In 9 Fällen ist bis dahin die A. P.-V. mit Salvarsaninjectionen erfolgreich behandelt worden. Verf. hat 2 Fälle beobachtet. Im ersten Falle brachten Salvarsaninjectionen nur vorübergehende Besserung. Erst locale Application einer Salvarsanglycerinaufschwemmung (0,1 : 5,0) führte zur Heilung. Der zweite Fall heilte lediglich unter localer Salvarsanapplication in kurzer Zeit aus. Auch bei syphilitischen Primäraffecten, Gummata und bei anderen Spirochätenerkrankungen der Mundschleimhaut wäre dasselbe Verfahren zu versuchen. ZARNIKO.

47) **J. D. Rolleston. Locale Behandlung der Vincent'schen Angina mit Salvarsan. (Local treatment of Vincent's Angina with salvarsan.)** *The Practitioner. December 1913.*

Verf. berichtet über einen mit Erfolg local mit Salvarsan behandelten Fall

von Vincent'scher Angina. Interessant ist die bei dieser Gelegenheit gemachte Angabe, dass unter 809 Fällen, die ins Grove-Hospital als Diphtherie aufgenommen wurden und bei denen sich herausstellte, dass es sich um andere Formen von Halsentzündung handelte, 41 Fälle von Vincent'scher Angina waren. Das heisst, dass von den nichtdiphtherischen Formen der Halsentzündung 5,05 pCt. Fälle von Angina Vincenti sich befinden.

A. J. WRIGHT.

48) **Gutmann** (Wiesbaden). **Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochätenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan.** *Dermatolog. Centralbl. 16. Jahrg. No. 5. 1913.*

Gutmann erklärt das Salvarsan als ein sehr werthvolles Heilmittel gegen die nichtsyphilitischen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle. Wenn in dem dritten Falle (schwere, ausgedehnte Form der Stomatitis ulcerosa membranacea) auch auf zweimalige, intravenöse Salvarsanzufuhr ein Misserfolg zu verzeichnen war, so könnte dies nicht ohne weiteres im Sinne einer mangelhaften Wirkung des Salvarsans gedeutet werden, sondern würde sich aus den bestehenden anatomischen Verhältnissen erklären.

SEIFERT.

49) **G. Charlies. 110 Fälle von Peritonsillitis mit einigen Reflexionen darüber. (110 fall af peritonsillitis och nägen reflexioner med anledning däraf.)** *Otolaryngologiska meddelanden. Bd. 1. H. 3. September 1913.*

Verf. hat das Material von 110 Fällen von Peritonsillitis aus der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des Serafimerlazaretts in Stockholm bearbeitet. Es zeigt sich, dass diese Krankheit eben so oft bei den Männern wie bei den Weibern zu finden ist, und was das Alter betrifft, so waren 8 pCt. von den Kranken unter 16 Jahren. Ein 18jähriger Mann starb an Sepsis trotz Spontanperforation (Diphtherie war durch Bakterienprobe ausgeschlossen). Schon am dritten Tage nach dem Erkranken war bei 3,75 pCt. Eiter zu constatiren, am öftesten am sechsten (18,75 pCt.), am achten (21,25 pCt.) und am neunten (18,75 pCt.); 73,75 pCt. von den Kranken, bei denen Eiter angetroffen wurde, zeigten Kieferklemme, Oedem und Schluckschmerzen, 50 pCt. Fluctuation.

Zum Schluss berührt Verf. die Frage, ob die Incision einer diphtherischen phlegmonösen Peritonsillitis die Prognose verschlimmert — eine Ansicht, die vom Vorstand des Epidemiekrankenhauses in Stockholm, Dr. Hellström, ausgesprochen ist.

E. STANGENBERG.

50) **Engelmann** (Hamburg). **Jodkali bei Tuberculose des Rachens und Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. S. 1714. 1912.*

Bei der bereits am 7. 11. 1911 vorgestellten Patientin (cf. dieses Centralblatt 1913, S. 184), die an einer schweren Tuberculose des Rachens combinirt mit Hefeinfection (davon war aber im ersten Bericht nichts gesagt! D. Ref.) litt, zeigten sich bald dicke tuberculöse Infiltrate der Epiglottis, der Arygegend und der aryepiglottischen Falten. Jodkali 2,0 pro die war von vorzüglicher Wirkung, so dass die Pat. am 23. 4. 1912 in sehr befriedigendem Zustande wieder vorgestellt werden konnte.

ZARNIKO.

d) Diphtherie und Croup.

51) **Reiche** (Hamburg). **Ueber Herpes facialis bei Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 35. 1913.*

Unter 4830 Diphtheriepatienten wurde Herpes bei 336 = 6,96 pCt. beobachtet, je höher die Altersklasse war, um so häufiger zeigten sich Herpeseruptionen. Auffallend häufig trat der Herpes am dritten Krankheitstage auf. SEIFERT.

52) **Gerhard Wagner. Erfahrungen mit der Conradi-Troch'schen Tellurplatte zum Diphtherienachweis.** Aus dem hygien. Institut der Universität Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fischer). *Münchener med. Wochenschr. No. 9. 1913.*

Wagner prüfte das von Conradi und Troch in der gleichen Wochenschrift 1912, No. 30 angegebene neue Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebakterien nach und kam zu folgendem Ergebniss:

1. Die Conradi-Troch'sche Tellurplatte bedeutet wegen der durch sie gewährleisteten Leichtigkeit und Sicherheit der Auffindung der Diphtheriekolonien einen Fortschritt gegenüber der Löfflerplatte, ohne indessen dem geübten Untersucher wesentlich mehr positive Befunde zu liefern.

2. Die von Conradi und Troch empfohlene Anreicherung auf Löfflerserum macht das Verfahren umständlich, zeitraubend und kostspielig.

3. Vermieden werden diese Nachtheile durch ausschliessliche Verwendung der Tellurplatte, wobei die erzielten Ergebnisse hinter denen mit vorheriger Anreicherung auf Löfflerserum jedenfalls nicht zurückstehen. HECHT.

53) **H. Conradi. Ueber ein neues Princip der elektiven Züchtung und seine Anwendung bei Diphtherie.** Aus der Kgl. Centralstelle für Gesundheitspflege in Dresden. (Director: Geh.-Rath Renk.) *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Ausgehend von der Lange-Nitsche'schen Beobachtung, dass bestimmte Bakterienarten das Bestreben zeigen, an Kohlenwasserstoffen zu abhäriren, gründet Conradi auf diese physikalisch-chemischen Eigenschaften der Bakterien sein Verfahren der elektiven Züchtung. Eine Reihe Versuche bestätigten ihm, dass Diphtherie- und Tuberkelbacillen an Kohlenwasserstoffen haften, und diese Thatsache benutzte er, um aus einer wässerigen Aufschwemmung die Diphtheriebacillen nach Ausschütteln mit Petroläther von ihren Begleitbakterien vollständig zu trennen, und — da „Petroläther unter den gewählten Versuchsbedingungen die Entwicklung der Diphtheriebacillen nicht schädigt" — durch Uebertragung auf Nährböden rein zu züchten. Da der Nachweis von Diphtheriebacillen im Rachen- und Nasensecret häufig durch überwuchernde Saprophyten, insbesondere Staphylokokken und Heubacillen erschwert wird, die weder von der Löffler- noch von der Tellurplatte zurückgehalten werden, so bedeutet dieses elektive Verfahren einen Fortschritt für den raschen und sicheren Nachweis der Diphtheriebacillen. Ein einfaches Ausschütteln der Diphtherietupfer mittels Petroläther oder Pentans genügt, um die störenden Saprophyten der Mund- und Nasenhöhle nahezu ganz auszuschalten. Die Diphtheriebacillen sammeln sich „gewissermassen in hängender Schicht" an der

Grundfläche des Petroläthers, während störende Begleitbakterien im Wasser zurückbleiben. Mit einem entsprechend präparirten Oelstab werden nun die Diphtheriebacillen der Petrolätherschicht aufgefangen, auf eine Tellurplatte übertragen und in der gewöhnlichen Weise weiter gezüchtet. Nach eingehender Schilderung der Technik verbreitet sich Autor noch über die theoretischen Grundlagen dieses elektiven Verfahrens, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei. Dieses Verfahren kann auch noch bei einer Reihe anderer Bakterien, die Autor in seinem Bericht erwähnt, Anwendung finden.

HECHT.

54) **E. Voelckel. Ueber das Nachweisverfahren der Diphtheriebacillen nach v. Drigalski und Bierast.** Aus der Kgl. Centralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden (Director: Geh.-Rath Renk; Bakteriol. Abtheilung: Prof. Conradi). *Münchener med. Wochenschr. No. 34. 1913.*

Verf. prüfte das neue elektive Nachweisverfahren der Diphtheriebacillen v. Drigalski's und Bierast's (Hinzufügung von 3,25 proc. sterilisirter Rindergalle zum Löffler'schen Diphtherienährboden — Deutsche med. Wochenschr. 1913, No. 26) nach und kommt zu dem Ergebniss, dass die theoretischen Grundlagen für das neue Verfahren nicht hinreichend gefestigt sein, und dass bezüglich seiner Leistungsfähigkeit dasselbe keine Verbesserung der bakteriologischen Diphtheriediagnose bedeute, dass es die Diagnose weder erleichtere noch verschärfe.

HECHT.

55) **W. Pulawski. Ueber Serumbehandlung der Diphtherie.** *Przeglad lekarski. No. 27. 1913.*

Verf. berichtet über 35 Fälle von Diphtherie, in denen mit Serum günstige Erfolge erzielt wurden. Bisher wurde in 815 Fällen dieselbe Therapie angewandt, darunter waren 64 Fälle von Reinfection vorhanden.

A. v. SOKOLOWSKI.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

56) **Espinosa** (Republik Panama). **Beitrag zur Histologie des Kehlkopfes.** *Berner Inauguraldissert. Verlag O. Lang. Bern 1913.*

Der hauptsächlichste Befund, ausser der schon von früher her bekannten Zusammensetzung der Kehlkopfgewebe, sind die schwellkörperartigen venösen Hohlräume, welche dicht unter dem Epithel liegen, namentlich in den Morgagni'schen Taschen. Dieselben bilden im normalen Zustand nur dünne Säume, können aber rasch aufschwellen und zu den gefährlichen Glottisödemen Anlass geben.

Im Gebiete der Submucosa, der dritten, lockergewobenen Schicht der Kehlkopfschleimhaut und auch unter der Tunica findet man ausserordentlich viele Drüsen, die mit ihren zahlreichen Ausführungsgängen in das Lumen des Kehlkopfs ausmünden. Sie sondern eine schleimig seröse Flüssigkeit ab. Der Kehldeckel ist frei von denselben, aber sie liegen an der Basis desselben, am vorderen und hinteren Theil des Vestibulum laryngis massenhaft. Auch in den Stimmfalten und den Kehlkopfmuskeln sind sie zahlreich eingebettet und können Bewegungsstörungen verursachen. Auch die Nervenverzweigungen sind sehr vielfältig. Alle diese Befunde erklären die Störungen der Stimme, der Secretion und der Athmung durch den Kehlkopf auf's Beste.

JONQUIÈRE.



57) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die conträren Bewegungen der Stimmbänder.** *Virchow's Archiv. 1913.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von perverser Action der Stimmlippen bei einem 63jährigen Manne, der seit 3 Monaten ständig heiser war und auch früher mehrmals an schnell vorübergehender Heiserkeit gelitten hat. Im Gebiete des Nervensystems war eine sonstige Störung nicht nachweisbar. In Kehlkopf und Luftröhre war eine ausgesprochene Hypästhesie und Areflexie vorhanden. Bei der Inspiration näherten sich die Stimmlippen einander, die Annäherung konnte bis zur gegenseitigen Berührung stattfinden, wobei Athemnoth eintrat, ein Ton konnte nur in dieser Stellung erfolgen. Bei intendirter Phonation gingen die Stimmlippen ad maximum von einander nach aussen. Im Ruhezustande standen die Stimmlippen etwa 5—6 mm von einander entfernt. — Im oberen Theile der rechten Thoraxhälfte bildete sich ein pleuritisches Exsudat, welches entleert wurde. — Verf. bedauert aus äusseren Gründen eine Untersuchung der zu Grunde liegenden Ursachen nicht haben vornehmen zu können und erörtert das Wesen dieser Affection. Nach Ansicht des Ref. kann es sich bei der perversen Action der Stimmlippen nur um eine fehlerhafte Innervationsgebung im Centralorgan handeln. Ob die Ursache derselben in den cerebralen Centren — also in den Ganglienzellen der dritten Stirnwindung (Pigmentirung, Verfettung oder dergl.) auffindbar ist, ist sehr fraglich, da es sich vielleicht nur um nicht nachweisbare moleculare Verschiebungen oder, was wahrscheinlicher ist, um Circulationsstörungen handelt. Immerhin wären dergleichen Untersuchungen mit Freuden zu begrüssen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei functionellen Coordinationsstörungen der Nervenimpuls auf den bekannten Bahnen der Kehlkopfnerven in anomaler Richtung verlaufen kann und weist in dieser Hinsicht auf die interessanten Ergebnisse seiner neuesten anatomisch-histologischen Untersuchungen hin. Von diesen verdienen insbesondere folgende eingehendste Beachtung: die Nervenfaserbündel des Lar. sup. und infer. verbinden sich im Gebiete des Kehlkopfs, überschreiten die Mittellinie und verlaufen in entgegengesetzter Richtung, ferner ist zu beachten, dass durch diese Kreuzung in jeden Laryng. inferior auch sympathische Zweige von der entgegengesetzten Seite einlaufen.

GRABOWER.

58) **Lannois** und **Charvel. Ueber den Zustand des Kehlkopfs in der Bulbärparalyse. (De l'état du larynx dans la paralysie labio-glosso-laryngée.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 5. Tome XXXIX.*

Von den vier Patienten der Autoren hat bloss einer eine leichte Parese der Stimmbänder während der ganzen Beobachtungszeit dargeboten, während bei den drei anderen der Kehlkopf trotz jahrelanger Dauer der Krankheit normal geblieben ist. Es wird die Krankheit daher mit Unrecht als Paraysis glosso-labio-laryngealis bezeichnet. Dieser Irrthum rührt von Trousseau her, der die Larynxstörungen als charakteristische Läsion der Krankheit betrachtet hat. Die Verff. schlagen vor, zur alten Bezeichnung von Duchenne zurückzukehren und die Krankheit als Paralysis labio-glosso-pharyngealis zu bezeichnen. Alle Störungen, die man gewöhnlich als Kehlkopfstörungen betrachtet, lassen sich ungezwungen anders erklären. Gewöhnlich beschränken sich die Kehlkopfstörungen nur auf eine leichte Rauhig-

keit und Monotonie der Stimme, die sich durch die Parese der Stimmbandspanner erklären lässt. Im Schlussstadium der Krankheit kann es zur Paralyse der Abductoren kommen.

LAUTMANN.

59) **Gignoux. Die sensible Innervation des Kehlkopfs. (L'innervation sensitive du larynx.)** *Archives internat. du laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Seitdem Longet (1892) die bekannten Functionen den vier Kehlkopfnerven zugeschrieben hat, haben klinische Erfahrungen an der Richtigkeit derselben zu zweifeln gelehrt. Wenngleich Massei's Lehre von der Anästhesie des Kehlkopfes nach Recurrenslähmung wenig Anhänger gefunden hat, so steht doch fest, dass dem Recurrens ein Antheil an der sensiblen Innervation des Kehlkopfes zukommt. Das beweisen namentlich zwei Fälle vom Verf., bei denen aus therapeutischen Gründen die beiden inneren Zweige der oberen Kehlkopfnerven durchschnitten worden sind und bei denen trotz Herabsetzung der Empfindlichkeit der Kehlkopfschleimhaut doch noch die tactile Empfindlichkeit erhalten geblieben ist und zwar namentlich im Gebiete der Glottis.

LAUTMANN.

60) **Domenico Tronconi. Linksseitige Kehlkopflähmung in Folge Compression des Recurrens bei Mitralfehler. (Emiplegia laringea sinistra da compressione del ricorrente per vizio mitralico composto.)** *Italienischer Röntgencongress. Mailand 1913.*

Die linksseitige Recurrenslähmung trat mit dem Beginn der Compensationsstörungen auf und blieb auch bestehen, nachdem diese zurückgegangen waren. Die bereits auf Grund des klinischen Befundes gestellte Diagnose wurde durch die Röntgenuntersuchung bestätigt; diese zeigte, dass kein Mediastinaltumor, kein Aortenaneurysma, keine Pericarditis vorhanden war. Das Röntgenbild zeigte deutlich eine erhebliche Erweiterung des linken Herzohrs, welche pulsirte. Es konnte auch nachgewiesen werden, dass weder die Pulmonalarterie erweitert, noch eine Ptosis des Herzens vorhanden war, so dass in diesem speciellen Fall weder die Annahme von Krauss und Hofbauer (Zerrung des Recurrens in Folge Dilatation des Herzens und gleichzeitiger Senkung des Aortenbogens) noch die von Schwarz (Compression des Nerven in Folge Dilatation der Pulmonalarterie) zutreffend sein konnte. Die Lähmung war also hier zweifellos herbeigeführt in Folge Compression durch das erweiterte und hypertrophische Herzrohr, wie das ja von Ortner und anderen für diese Fälle angenommen worden ist.

CALAMIDA.

61) **Wilhelm Sobernheim** und **Alfred Caro** (Berlin). **Recurrenslähmung bei Erkrankungen des Herzens.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Die der Arbeit zu Grunde liegenden Krankengeschichten geben ein Bild von der ausserordentlichen Schwierigkeit bei der Beurtheilung der die Lähmung bedingenden näheren pathologischen Verhältnisse. Diejenigen Fälle, bei denen es sich um Klappenfehler handelt, lassen directen oder indirekten Druck des linken erweiterten Vorhofs auf den Nerven als Lähmungsursache wahrscheinlich erscheinen; bei einem Falle von Herzerweiterung bei Kyphoskoliose wird dieser Entstehungsmodus durch die Obduction bewiesen. Bei einem Falle von Pericarditis liegt der Lähmung voraussichtlich entzündliche Erkrankung des Nerven oder des ihn umgebenden Bindegewebes zu Grunde.

W. SOBERNHEIM.

62) **H. Dorendorf** (Berlin). **Ein Beitrag zur Frage des Zustandekommens linksseitiger Recurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Verf. giebt Krankengeschichten und Analyse von 4 Fällen, bei denen linksseitige Recurrenslähmung nicht, wie bisher gewöhnlich angenommen, durch Druck des erweiterten linken Vorhofs auf Arcus aortae und Art. pulmonalis, sondern durch Pericarditis und Mediastinitis zustandegekommen war. Verf. glaubt, dass auch eine Anzahl der in der Literatur niedergelegten Fälle ebenso zu deuten sei.

ZARNIKO.

63) **Alfred Adam** (Berlin). **Nervus recurrens-Lähmung bei Mediastinitis.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913. Inaug.-Dissert. Berlin 1913.*

Verf. meint, „da die Lage und Verlagerung der Mediastinaltheile post mortem ihres physiologischen Charakters beraubt sind, so müssen theoretische Vorstellungen hierbei ergänzend hinzugenommen werden". Er bringt die Lähmung mit fortgeleiteten Entzündungen vom Pericard bei seinen Fällen in Verbindung, bei denen sich „innige Beziehungen zu dem Auftreten der Pericarditiden und relative Unabhängigkeit von den Dilatationserscheinungen am Herzen nachweisen liessen.

W. SOBERNHEIM.

64) **Kurt Bingler. Ueber die Häufigkeit der tuberculösen Larynxerkrankungen als Complication bei der Lungentuberculose.** *Zeitschrift für Tuberculose. Bd. 20. H. 3.*

Auf 4023 in der Heilstätte Rupertshain behandelte Lungenphthisen fallen 232 (5,76 pCt.) Larynxphthisen bei Berücksichtigung der sicher positiven Fälle, davon 171 männliche (73,7 pCt.) und 61 (26,2 pCt.) weibliche. Auffallend ist die geringe Zahl der Larynxcomplicationen bei den Patienten im III. Stadium (6,8 pCt.) gegenüber den hohen im I. (73,8 pCt.) und II. (19,4 pCt.) Stadium. In 37,4 pCt. der männlichen und 60,6 pCt. der weiblichen Fälle war die Hinterwand Sitz der Erkrankung. Unter den 232 Fällen waren 64 einseitige und unter diesen 64 nur 15 correspondirende, jedoch 20 diametrale.

Recurrenslähmungen fanden sich nur 2. Was die Berufsklasse anbelangt, so rekrutirten sich die meisten Patienten aus dem Beruf der Schlosser, Schreiner und Maurer.

Die in Tabelle IX enthaltene Eintheilung der Fälle nach Art der Erkrankung erscheint dem Referenten etwas gekünstelt und gezwungen; es finden sich z. B. folgende Rubriken: „Granulation allein", „Tumor allein", „Zerfallende Infiltration allein", „Zerfallender Tumor allein", „Infiltration und Ulceration", „Granulation und Ulceration", „Infiltration und Granulation", „Infiltration und Tumor", „Verdickungen, höckrige Gebilde, Erosionen", „Tumor und Granulation", „Tumor, Ulceration und Infiltration" etc. etc.

FINDER.

65) **de Reynier** (Leysin). **Larynxtuberculose combinirt mit Syphilis. (Laryngite tuberculeuse et syphilis.)** *Schweizer Rundschau für Medicin. Bern. No. 5. 1913.*

Der betreffende einzige Fall widerstand jeder Therapie und endete mit Tod. Patient rauchte bis zur letzten Stunde seines Lebens Cigaretten! Es zeigte sich

bei der Autopsie gangränos-geschwüriger Zerfall der ganzen Schleimhaut des Kehlkopfes, des Knorpels, der Epiglottis etc.

JONQUIÈRE.

66) **Zink. Bildet die Kehlkopftuberculose eine Contraindication bei der Lungencollapstherapie?** Aus der Basler Heilstätte für Brustkranke in Davos. (Chefarzt: Dr. med. E. Nienhaus). *Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1913.*

Auf Grund einer Serie von 76 Fällen, die durch Anlegung eines künstlichen Pneumothorax günstig beeinflusst wurden, fanden sich 12 leichtere und schwerere Larynxtuberculosen, von denen insbesondere 5 Patienten schwerere Larynxerkrankungen zeigten. Die Krankengeschichten dieser 5 Fälle berichtet Autor in extenso, um durch sie zu zeigen, dass die in der Regel ablehnende Haltung, durch Larynxphthise complicirte Lungentuberculose durch künstlichen Pneumothorax mitzubeeinflussen, unberechtigt ist. Autor verbreitet sich anschliessend über die klinisch-therapeutische Bedeutung des Pneumothorax für die erkrankte Lunge und den eventuell miterkrankten Larynx und kommt zu folgenden Schlüssen: Für uns gelten daher auch ausgedehntere, selbst ulceröse Schleimhauterkrankungen im Larynx nicht als Contraindication beim Anlegen des künstlichen Pneumothorax. Ausschliessen von der Operation möchte ich dagegen nichtlocalisirte perichondritische Processe, die fast stets eine infauste Prognose geben, namentlich die der Epiglottis. Bei den mit schweren Dysphagien einhergehenden Epiglottistuberculosen, die sich über den ganzen Kehlkopfeingang, theils mit ödematösen Schwellungen, theils mit ulcerativen Processen verbreitet haben, dürfte die Anlegung des künstlichen Pneumothorax auch als lebensrettende Operation zu spät kommen.

HECHT.

67) **Robert Levy. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *Journ. amer. med. association. Mai 1913.*

Von den localen Behandlungsmethoden scheint dem Verf. die Galvanocaustik die meisten Chancen zu bieten; auch ist er ein Anhänger der Tuberculinbehandlung.

EMIL MAYER.

68) **E. Oppikofer** (Basel). **Wachsparaffinausgüsse der Luftröhre, in situ der Organe hergestellt.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Diese Methode bedeutet einen wesentlichen Vortheil gegenüber der früher angewandten (Archiv f. Laryngol. Bd. 26. S. 399), bei der die Ausgüsse an den herausgenommenen Halsorganen vorgenommen wurden. Nach Aufnahme eines genauen tracheobronchoskopischen Befundes und Messung des Durchmessers der Luftröhre und der Bronchien mit Hülfe des Killian'schen Tracheometers wurde an ein kurzes tracheoskopisches Rohr ein gekrümmtes Glasrohr mit Glastrichter angeschlossen und das Wachsparaffingemisch in Honigconsistenz eingegossen, das später bei der Obduction durch Eröffnung der Luftröhre und der Hauptbronchien mit der Schere entfernt wurde.

Die auf diese Weise gewonnenen Organe zeigen im Vergleich mit den früheren kürzere und unregelmässigere Formen. Die Unregelmässigkeit ist durch die Strumen bedingt, die Durchschnittslänge vom Stimmband bis zur Bifurcation war bei früheren Messungen beim Manne 14,8, bei der Frau 13,8 cm, jetzt beträgt

sie 13,2 cm resp. 12,4 cm. Der transversale Durchmesser beim Manne schwankt zwischen 1,5 und 3,2 cm, bei der Frau zwischen 1,2 und 2,0 cm, und der anteroposteriore zwischen 1,4 und 3,0 cm resp. 1,1 und 2,0 cm. — Die Variabilität des Bifurcationswinkels (20—90°) tritt deutlich hervor. Eine auffällige Erweiterung der Luftröhre bei Erkrankungen der Lunge bestand nicht. Eine ganz normale Trachea mit überall gleichem Caliber wurde nur selten gefunden. W. SOBERNHEIM.

69) **Z. Donogány** (Budapest). **Fall von primärer Tuberculose der Trachea.** I. Congress des Vereins der ungarischen Aerzte zur Bekämpfung der Tuberculose. *Orvosi Hetilap. No. 21. 1913.*

Grosser circumskripter intratrachealer Tumor. Probeexcision mit Tracheoskopie (Polyák). Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose auf Tuberculose. Kehlkopf und Lungen frei. POLYAK.

70) **R. Steiner. Ein Fall von Tracheobronchopathia osteoplastica mit Amyloidbildung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 593. 1913.*

Es handelte sich um einen zufälligen Sectionsbefund bei 65 Jahre altem Mann. Während der Larynx normales Aussehen hatte, war dagegen in der unteren Hälfte der Trachealwand ein blassgelbes, flachhöckeriges, derbes Infiltrat von 2 bis 3 cm Ausdehnung sichtbar. Aehnliche aber kleinere Infiltrate fanden sich auch in der Umgebung dieses grösseren Infiltrates sowie an der Bifurcation und in den Bronchien. Die mikroskopische Untersuchung ergab an der Stelle der multiplen Infiltrate eine Einlagerung von Knorpel- und Knocheninseln in die Schleimhaut; diese verschieden grossen hauptsächlich in den oberen Schichten der Schleimhaut gelegenen Spangen und Platten standen, wie die Serie zeigte, mehrfach mit den Knorpelringen der Luftröhre in Verbindung. In den letzteren fanden sich Kalkeinlagerungen in die Knorpelhöhlen und ebenfalls stellenweise Knochengewebe, während dagegen die hintere membranöse Wand normalen Bau hatte.

Ausser diesen Knorpel- und Knochenherden enthielt die Schleimhaut im Bereich der Infiltrate schollige homogene Massen, die sich als Amyloid erwiesen. In den kleinen knorpelfreien Bronchien, sowie in Leber, Milz und Nieren fehlte das Amyloid. Elastische Fasern waren in den Knorpel-Knochenherden reichlich vorhanden, während sie dagegen an den Stellen mit Amyloid nicht nachweisbar waren.

In der Literatur sind bis heute 37 Fälle von Tracheopathia osteoplastica bekannt. Locale Amyloidbildung in der Luftröhre ohne multiple Knorpel-Knochenbildung ist in 14 Fällen und multiple Knorpel-Knochenbildung neben gleichzeitiger Amyloideinlagerung nur in 6 Fällen verzeichnet; in die letztere Kategorie gehört die Beobachtung des Verf. Die Abbildung des Präparates wird der Arbeit beigefügt und ebenso das zugehörige Röntgenbild der Luftröhre, das zeigt, dass die Knocheneinlagerungen in der Luftröhre stärker ausgesprochen sind als in den Hauptbronchien. OPPIKOFER.

71) **Challer** und **Bovet** (Lyon). **Fast totale Durchschneidnng der Trachea bei einem Paralytiker. Naht. Heilung. (Section presque totale de la trachée chez un paralytique général. Suture. Guérison.)** *Lyon médical. 27. April 1913.*

Die Trachea war fast völlig durchschnitten, die grossen Gefässe nicht verletzt,

aber starke Blutung aus der mitverletzten Schilddrüse. Es wurde nur das Perichondrium genäht, die Hautwunde aber offen gelassen, um ein Emphysem zu vermeiden.

GONTIER DE LA ROCHE.

72) C. V. Weller. **Primäres Carcinom der grösseren Bronchien. (Primary carcinoma of the larger bronchi.)** *Archives of internal medicine. März 1913.*

Verf. ist im Stande gewesen, 90 Fälle zusammenzustellen, die ganz authentisch sind. Die meisten Fälle betrafen das Alter von 56 bis 60 Jahren. Von 87 Fällen waren 70 männlich. Die Hauptsymptome bestehen in Husten, zunehmender Dyspnoe, Haemoptoe, Schmerzen in Schulter oder Arm und Druckerscheinungen, wie Dilatation der Venen am Kopf und Thorax, Oedem, Recurrenslähmung, Dysphagie etc. Die physikalischen Zeichen wechseln je nach der Ausdehnung des Tumors, dem Grad der Bronchialstenose und den Lungencomplicationen. Bronchoskopie und besonders Radioskopie sind werthvolle diagnostische Hülfsmittel. Da die Erkrankung jetzt operabel ist, so ist die frühzeitige Diagnose von grosser Bedeutung.

EMIL MAYER.

73) S. Barbe-Oberlin. **Beitrag zum Studium der tracheobronchialen tuberculösen Lymphdrüsenschwellung beim Kinde. (Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1911.*

Bei Verdacht auf tuberculöse Lymphdrüsenschwellung am Lungenhilus leistet die Röntgenaufnahme und die cutane Reaction nach von Pirquet werthvolle Dienste.

OPPIKOFER.

74) E. H. Reede. **Syphilitische Trachealstenose. (Syphilitic Tracheal Stenosis.)** *Washington medical annals. November 1912.*

Bei der Autopsie fand sich eine Narbe an der Bifurcation, die ringförmig war und das Lumen fast auf 2 mm im Durchmesser einengte. Im rechten Bronchus $2^1/_2$ cm unterhalb der Bifurcation befand sich eine sternförmige Narbe, zwischen deren Strahlen drei Erosionen waren; eine andere ebenfalls sternförmige Narbe fand sich 2 cm unter der Bifurcation im linken Bronchus, ferner noch eine Narbe im Oberlappenbronchus.

EMIL MAYER.

f) Schilddrüse.

75) F. Viard. **Beitrag zum Studium der Aetiologie und Pathogenese des endemischen Kropfes. (Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie du goitre endémique.)** *Dissert. Paris 1912.*

Hauptsächlich gestützt auf die Angaben von Bircher und von Répin vertritt Verf. die Anschauung, dass die Kropfendemie von der Beschaffenheit des Trinkwassers abhängig ist, eine Auffassung, die aber durch die neuesten eingehenden Untersuchungen von Dieterle, Hirschfeld und Klinger (vgl. Centralblatt für Lar., 1913, Bd. 29, S. 555) widerlegt wird.

OPPIKOFER.



76) **Baumgartner** (Riga). **Die Wirkung von Jod, Basedowdrüse, Jodothyrin in grossen Dosen bei Cachexia strumipriva unter Controle der Jodausscheidung im Urin.** *Inaug.-Dissert. Bern. Verlag Spahr. 1912.*

Verf. versuchte auf der Kocher'schen Klinik, ob durch anhaltende Verabreichung obengenannter Stoffe bei einem ausgesprochenen Fall von Myxödem Basedowsymptome hervorgerufen werden können. Dieselben traten jedoch nicht ein und Patientin zeigte hartnäckige Retention des Jods. JONQUIÈRE.

77) **Günzel** (Bad Soden). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii.** *Fortschr. d. Med. No. 46. 1913.*

Behandlung mit dem Leduc'schen Strom. SEIFERT.

78) **Becker** (Weilmünster). **Zur chirurgischen Therapie des Morbus Basedowii.** *Fortschr. d. Med. No. 38. 1913.*

Uebersicht über den heutigen Stand dieser Frage. SEIFERT.

g) Oesophagus.

79) **W. Abel. Die Anordnung der Längs- und Ringmusculatur am oberen Ende des Oesophagus. (The arrangement of the longitudinal and circular musculature of the upper end of the oesophagus.)** *Journal of anatomy and physiology. Juli 1913.*

Als Resultat seiner Untersuchungen giebt Verf. an:

1. Die longitudinale Muskelschicht bildet in ihrem oberen Theil zwei Bündel, die mittels einer gemeinsamen Sehne an der Leiste auf der Hinterfläche des Ringknorpels sich anheften.

2. Zwischen den divergirenden Bündeln sind zwei Zwischenräume, einer an der Vorderseite und der andere an der Hinterseite; von dem Zwischenraum auf der Vorderseite erstreckt sich ein schmaler Spalt nach unten zwischen die Längsbündel. Diese Zwischenräume sind ausgefüllt mit circulären Fasern, die von längsverlaufenden Fasern gekreuzt werden, ausser in dem vorderen Zwischenraum, wo die Längsfasern fehlen.

3. Unterhalb der Trennung in zwei Bündel sind die Längsfasern gleichmässig rings um das Trachealrohr angeordnet.

4. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Längsfasern des Oesophagus und dem Constrictor inferior.

5. Die circulären Fasern an der Hinterseite setzen sich in den Constrictor inferior fort, während vorne die obersten Fasern sich an den unteren und die seitlichen Ränder der Sehne für die Längsfasern ansetzen. A. J. WRIGHT.

80) **Guisez. Diagnose und Behandlung der narbigen Verengerungen der Speiseröhre. (Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage,)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 3. 1912 und Tome XXXV. No. 1. 1913.*

Unveränderter Abdruck des Berichts, der auf dem französischen Chirurgen-

congress 1912 in Paris verlesen worden ist und im Bulletin d'oto-rhino-laryngologie abgedruckt worden ist. Siehe Referate.

LAUTMANN.

81) **M. Volpe. Die Narbenstenosen des Oesophagus. (Le stenosi cicatriciali esofagee.)** *Rechenschaftsbericht der Massei'schen Klinik 1912/13.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Narbenstenosen des Oesophagus sind Folgezustände von Vergiftungen mit Aetzflüssigkeiten, wie sie besonders im Neapolitanischen häufig vorkommen. Unter den Behandlungsmethoden verdient, wenn es möglich ist, stets die langsame Sondendilatation den Vorzug und die circuläre Elektrolyse. Abgesehen von den annulären Narben und den narbigen Strängen, bei denen die Oesophagotomia interna angewandt werden kann, ist für alle Fälle, wo eine Operation von aussen in Betracht kommt, die Gastrotomie die gegebene Operation.

CALAMIDA.

82) **Franz Torek. Die erste erfolgreiche Resection des Brusttheils des Oesophagus wegen Carcinom. (The first successful resection of the thoracic portion of the esophagus for carcinoma.)** *Journal american medical assoc. 17. Mai 1913. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. H. 3—4. 1913.*

Patientin war eine 67jährige Frau; das Carcinom begann etwas unterhalb des unteren Randes des Aortenbogens. Es war einige Zeit vorher eine Gastrotomie gemacht worden. Verf. führte den Schnitt durch die ganze Länge des 7. Intercostalraumes und schnitt von seinem hinteren Ende aus durch die 7., 6., 5. und 4. Rippe und bekam so einen bequemen und breiten Zugang. Es gelang den Vagus sorgfältig abzutrennen und während der ganzen Procedur stieg der Puls nicht höher als 93 und 94. Der gefürchtete Vaguscollaps wurde so vermieden. Die grosse Schwierigkeit, die darin bestand, den hinter dem Aortenbogen gelegenen Theil des Oesophagus abzutrennen, wurde dadurch bewältigt, dass eine Anzahl der Brustäste der Aorta unterbunden wurden. Die vielleicht hauptsächlichste Gefahr der Infection durch die aus dem oberen Stumpf des Oesophagus aussickernde Flüssigkeit zu vermeiden, umging Verf. dadurch, dass er das Organ aus allen seinen Verbindungen bis oben zum Halse loslöste und es aus einer am vorderen Rande des Sterno-cleido angelegten Incision hinausleitete. So konnte aus dieser Quelle keine Infection der Pleurahöhle entstehen. Die Thoraxwunde wurde ohne Naht geschlossen. Am 5. Tage war Puls, Athmung und Temperatur normal.

EMIL MAYER.

83) **Denk** (Wien). **Zur Radicaloperation des Oesophaguscarcinoms. (Vorläufige Mittheilung.)** *Centralbl. f. Chir. No. 27. 1913.*

Bei einer an Leichen und Thierversuchen erprobten Methode bestehen die Vortheile darin, dass ein transpleuraler Eingriff, eine Pleuraverletzung überhaupt vermieden wird und eine Infection des Mediastinums durch Austreten von Oesophagusinhalt unmöglich ist.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Richard B. Faulkner M. D.** (Columbia University). **The tonsils and the voice in science, surgery, speech and songe. Research study with original contributions from the highest medical and voice authorities.** The Presbyterian book store. Pittsburgh Pa.

Wenn man zuerst auf Dr. Faulkner's Buch über die „Tonsillen und Stimme in Wissenschaft, Chirurgie, Sprache und Gesang" aufmerksam wird, „das einzige in irgend einer Sprache über diesen Gegenstand veröffentlichte Buch", ein Buch, das nach den Zeitungsankündigungen uns sagt, wie man Mandelerkrankungen ohne Anwendung des Messers „heilen" kann, so fragt man sich naturgemäss: „Wer ist Dr. Faulkner?" Diese Neugierde wird jedoch gestillt, sobald man das Buch öffnet und zwar erstlich durch ein Porträt des Autors, welches das Titelblatt schmückt, und ferner durch eine Einleitung aus der Feder eines Laien, der uns dahin belehrt, dass der Autor ein Arzt ist und dass er einst der Schüler hervorragender Aerzte und Lehrer gewesen ist, die nun verstorben sind.

Der Verfasser der Einleitung bekennt sich auch kühn zur Pathenschaft für das Buch, ja er nimmt sogar für sich in Anspruch, dass er die Idee dazu angeregt habe, indem er die Frage aufgeworfen habe: „Wozu sind die Mandeln da?" Er sagt, man habe Europa und Amerika nach einer Antwort auf diese Frage „durchstöbert" und er fügt hinzu: „Man bedenke, wie klein der Gegenstand war und wie gross der Apparat, der für ihn in Bewegung gesetzt wurde."

Liest man nun weiter in dem Buch, so ist man vor Allem über die darin befolgte Art der Fragestellung überrascht, durch welche derart häufige Wiederholungen sich als nothwendig erwiesen. Man wird in der That manchmal etwas müde, immer und immer wieder dieselben alten Fragen und Antworten zu lesen und man fragt sich, ob schliesslich die blossen Meinungsäusserungen von muthmaasslich Sachverständigen soviel Aufwand an Zeit und Raum verdienen. Und man fragt sich auch, ob in der That Viele von denen, an die die Anfrage erging, als Sachverständige in der Tonsillenfrage angesehen werden können.

Die sogenannten „Stimmspecialisten" z. B. oder die Sänger und Gesanglehrer wissen wenig von den Tonsillen. Die wirklich grossen Sänger wissen kaum, dass sie Mandeln haben und sie würden sich dieselben ebensowenig entfernen lassen als sie sich ihre gesunden Zähne ausziehen lassen würden, und mittelmässige Sänger, denen es bisweilen schmerzlich zum Bewusstsein kommt, dass sie Tonsillen haben, scheuen davor zurück, chirurgische Hülfe nachzusuchen, die ihnen vielleicht allein von Nutzen sein könnte, gerade weil sie durch so grausige Geschichten zurückgeschreckt werden, wie sie in diesem Buch dagegen angeführt werden.

An einer Stelle lesen wir: „Die Enucleation der Tonsillen wird von den Autoritäten als eine grosse Operation betrachtet, gefährlicher als die Abtragung eines Beines im Hüftgelenk, gefährlicher als die Entfernung des Wurmfortsatzes" und an einer anderen Stelle gegen den Schluss hin lesen wir, dass „die Patienten oft in die Operationen hineingetrieben werden" und dass viele, „die ebenso gut im Sprechzimmer des Arztes oder bei sich zu Hause operirt werden könnten, unnöthig in die Kliniken geschickt werden."

Citiren wir noch einmal aus der Einleitung: „Die Art der Untersuchung ist von einer Originalität und die Methode, den Gegenstand zu behandeln, von einer Frische, die das Buch zu einem einzigartigen machen“ und man könnte hinzufügen, dass auch eine Originalität und sogar „Frische“ des Stiles vorhanden ist, wie man sie in wissenschaftlichen Abhandlungen selten findet. Z. B.: „Ich betrachte die Tonsilien als Pufferorgane. Sie sind Puffer. Nach ihrer offensichtlichen Function möchte ich sie als Rachenpolster bezeichnen. Sie sind Polster. Sie dienen zweifellos als Polster für den Pharynx. Sie sind mechanische Polster. Sie sind acustische Polster.“

Dr. Faulkner mag Recht mit seiner Behauptung haben, dass die Tonsillarchirurgie übertrieben wird und er wird viele Halsspecialisten finden, die darin mit ihm übereinstimmen, aber es entsteht die Frage: „Hat er den rechten Weg eingeschlagen, um hierin Wandel zu schaffen?“ Sollten nicht die verschiedenen Schwierigkeiten, mit denen wir zu kämpfen haben, in unseren eigenen Reihen aufgefunden und wenn möglich überwältigt werden ohne Hülfe der öffentliche Presse, ohne das Laienpublikum und sogar ohne die Stimmspecialisten, die ihrer Art, Veranlagung und Ausbildung nach ungeeignet sind, sich mit diesen Dingen zu befassen.

Und was gibt Dr. Faulkner den Stimmspecialisten als Ersatz für die Tonsillarchirurgie, von der er sie glauben machen will, dass sie zu nichts Nutze ist? Zwei therapeutische Regeln werden empfohlen: 1. richtiger Gebrauch der Stimme und 2. stricte Reinhaltung der Nasenhöhlen.

Wissenschaftliche Schulung der Stimme wird ohne Zweifel viel dazu beitragen, den Hals in einem guten Zustand zu halten, aber niemals hat man behauptet, dass dies ein Mittel sei, um Mandelerkrankungen zu heilen. Keiner wird das ableugnen wollen, was Faulkner die „alles übersteigende Wichtigkeit einer Nasentoilette“ nennt. Die Nasengänge, so sagt er, sollen absolut rein und constant steril gehalten werden — nichts darf über das Vestibulum hinaus nach hinten gelassen werden. Und wie wird diese absolute Reinheit zu Stande gebracht? Dr. Faulkner sagt: „Nicht sprayen!“ „Nicht douchen!“ Nur jeden Morgen und Abend den Naseneingang auswischen mit „einem Wattebausch, der gesättigt ist mit einer Lösung von gepulvertem Borax, 68 grains, ein Pint warmem Wasser und 20 Minims Pfeffermünzessenz“. All das erinnert an Sidney Smith's Unterhaltung mit seiner kleinen Enkelin. Er fragte: „Warum tätschelst du denn diese riesige Schildkröte auf dem Rücken?“ „Ich möchte sie streicheln“, lautete die Antwort. „Ebenso gut könntest du auf die St. Peterskirche schlagen, um den Bischof und das Kapitel zu streicheln“, sagte er.

Dies Buch stellt eher eine Compilation von Ansichten dar, als eine Sammlung von Thatsachen. Dr. Faulkner's Fragestellung hätte mehr dahin lauten sollen, was wissen Sie von diesen Dingen, als was denken Sie darüber. Wären seine Fragen allein auf Thatsachen gerichtet gewesen und hätten sich die Antworten auf die Feststellung dessen beschränkt, was wir thatsächlich über den Gegenstand wissen, so wären wahrscheinlich drei Viertel des Buches niemals geschrieben worden.

Ueberdies beweist das Buch nichts und man kann nicht sagen, dass es zu unserer Kenntniss des Gegenstandes viel beigetragen hat; es hat jedoch in einem

Band die Meinungsäusserungen vieler Sachverständigen vereinigt und auf diese Weise zugänglich gemacht. Selten wohl ist eine solche Schar von Zeugen aufgeboten worden, um den Beweis für eine wissenschaftliche Frage zu bringen; das Einzige, was aber mit Sicherheit bewiesen scheint, ist die Thatsache unserer verhältnissmässigen Unkenntniss über das Wesentliche des Gegenstandes. Die Frage: „Haben die Gaumenmandeln irgendwelche physiologische Function und, wenn dies der Fall ist, worin besteht dieselbe?“ ist einer Lösung nicht näher gebracht worden als bevor das Buch geschrieben wurde. Dr. Faulkner jedoch nimmt die muthmaassliche Nützlichkeit der Tonsillen als evident an, überlässt aber die Beweisführung denen, die diese Nützlichkeit in Abrede stellen. Er verlangt extremen Conservatismus bei operativen Eingriffen, solange wir nicht sicher wissen, ob nicht die Tonsillen irgendwelche nützliche Functionen für den menschlichen Haushalt haben, und in dieser Stellungnahme werden viele von uns völlig mit ihm übereinstimmen.

Der Pharynx, aus dem eine Tonsille entfernt worden ist, ist ein nicht intacter Pharynx, ebenso wie ein Mund, aus dem ein Zahn entfernt worden ist, nicht mehr ein intacter Mund ist. Diese Thatsache wird uns aber nicht abhalten, eine Tonsille ebenso wie einen Zahn zu entfernen, wenn ihr Zustand ein derartiger ist, dass ihr weiteres Verbleiben unerwünschter sei, als es die Folgen der Enucleation sein würden. G. Hudson Makuen.

---

b) Bericht über die Vorträge und Discussionen in der 26. Abtheilung (Rhino-Laryngologie) der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1913.

(Fortsetzung und Schluss.)

III. Abteilungs-Sitzung am 23. September 1913, Nachmittags.

Kahler (Freiburg i. Br.): Die chirurgische intra- und extralaryngeale Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Referat.)

Bei richtiger Auswahl der Fälle, d. h. bei nicht zu weit vorgeschrittener Lungenerkrankung, normaler Temperatur und gutem Ernährungszustand leistet die endolaryngeale chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose ganz Ausgezeichnetes. Das elektrocaustische Verfahren eignet sich sehr zur Behandlung von Geschwüren und kleineren Infiltraten. Bei grösseren Wucherungen ist zur Unterstützung des Glüheisens das schneidende Instrument anzuwenden. Die Gefahren der galvanocaustischen Behandlung werden vielfach überschätzt, reactive Schwellungen kommen relativ selten zur Beobachtung, wenn man die richtige Technik mit dem weiss glühenden Cauter befolgt. Sehr Gutes leistet zur operativen Behandlung der Kehlkopftuberculose die Killian'sche Schwebelaryngoskopie. Ausgezeichnete Erfolge ergiebt die Operation der Tuberculome. Geschwüre heilen sehr rasch nach galvanocaustischer Aetzung; bei vorgeschrittenen Fällen können durch operative Eingriffe, so z. B. durch Entfernung des Kehldeckels die Schmerzen sehr gelindert werden. Aeussere Operationen sind bei Kehlkopftuberculose nur

selten indicirt; die Tracheotomie zu curativen Zwecken, zur Ruhigstellung des Larynx, die seiner Zeit von Moritz Schmidt empfohlen wurde, hat nur mehr wenig Anhänger; sie kann eventuell zur Erleichterung der Radiumbehandlung, um die Filter im Kehlkopf fixiren zu können, ausgeführt werden. Die Kehlkopfspaltung hat nur nach der von Gluck empfohlenen Methode mit Implantation von Hautlappen einen Werth. Die Totalexstirpation ist nur dann auszuführen, wenn auf endolaryngealem Wege nichts erreicht wird und günstige Aussichten für den Allgemeinzustand vorhanden sind.

Victor Frühwald, Assistent der Klinik Chiari: Zwei Fälle von Perichondritis thyreoidea externa et interna.

Der Verfasser spricht zunächst über Aetiologie der Perichondritiden des Kehlkopfes im Allgemeinen und dann speciell über die Perichondritis des Schildknorpels. Er berichtet über 2 Fälle aus der Klinik Chiari, und zwar handelt es sich bei dem ersten Fall um eine 26jährige Patientin, bei der es nach längerer Heiserkeit plötzlich zu einer Schwellung vorne am Halse kam, die über dem Schildknorpel localisirt war und mit diesem in Zusammenhang stand. Dieser Tumor war sehr druckempfindlich und zeigte deutliche Fluctuation. Der laryngoskopische Befund ergab: linke Larynxhälfte gut beweglich, die rechte ist in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt. Die rechte Stimmlippe ist in einen gleichmässig rothen Wulst verwandelt, der in den subglottischen Raum hinabreicht und an der Oberfläche eine gelbliche Prominenz hat. Der interne Befund ergab: links geringe, rechts bedeutende Spitzeneinschränkung. Vor $^1/_2$ Jahr wurde Patientin wegen Papeln an beiden Stimmlippen an einer laryngologischen Station behandelt. Wassermann negativ. Die Operation wurde vom Autor in der Weise ausgeführt, dass zunächst der Abscess freigelegt und dann breit eröffnet wurde. Dabei entleerte sich reichlich dicker Eiter. Dann wurde der nekrotische Knorpel bis ins Gesunde excidirt und die Abscesshöhle drainirt. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab: grampositive Staphylo- und Streptokokken und Tuberkelbacillen. 10 Tage nach der Operation konnte Pat. die Klinik geheilt verlassen.

Der zweite Fall betraf eine 28jährige Patientin, die vor einigen Jahren einen Spitzenkatarrh hatte und bei der die interne Untersuchung eine deutliche Dämpfung der rechten Spitze mit bronchialem Athmen und über der linken klingendes Rasseln ergab. Vor kurzer Zeit hatte die Patientin einen starken Katarrh mit Blutauswurf. Im Anschluss daran kam es zur Bildung einer Geschwulst vorne am Halse und die Patientin bemerkte, dass sie Eiter ausspuckte. Der Tumor zeigte dieselben Merkmale wie bei dem ersten Falle. Der laryngoskopische Befund ergab über der vorderen Commissur deutliche Auflockerung der gerötheten Schleimhaut mit sichtbarer Vorwölbung. Die Operation wurde wie bei dem ersten Falle ausgeführt, nämlich Freilegung des Abscesses, Eröffnung und Excision des erkrankten, nekrotischen Knorpels. In der Folge trat eine complete Larynxfistel auf und rund um dieselbe bestanden tuberculöse Infiltrationen. Diese Infiltrate und die Fistel wurden mittelst Radium und Caustik behandelt und erst nach monatelanger Behandlung kam es zum Verschluss der Fistel und zu guter Narbenbildung.

Der Autor spricht zum Schlusse die Ansicht aus, dass es sich bei dem ersten Fall um eine Mischinfektion, und zwar Tuberculose mit Lues, zwei Erkrankungen,

die ja häufig vergesellschaftet vorkommen, und bei dem zweiten Fall um eine rein tuberculöse Perichondritis thyreoidea externa et interna gehandelt hat und er empfiehlt in solchen Fällen eine radicale operative Behandlung.

Discussion:

Steiner (Prag) empfiehlt die Schwebelaryngoskopie bei chirurgischer Behandlung der Larynxtuberculose, mit welcher er vorzügliche Resultate erreichte.

Imhofer (Prag) berichtet über einen Fall, welcher zeigt, dass nach Caustik im Larynx thatsächlich starke Reactionen vorkommen.

Marschik (Wien) spricht über eine Totalexstirpation des Larynx wegen Tuberculose, die er an der Klinik Chiari ausführte. Es bestand hochgradige Dysphagie und der Kehlkopf bot ein Bild, nach welchem jede andere locale Behandlung erfahrungsgemäss aussichtslos gewesen wäre. Der Patient befand sich bis vor wenigen Wochen in relativ gutem Allgemeinzustand, seither fehlen weitere Nachrichten.

Kofler (Wien) wendet bei Infiltraten und oberflächlichen Ulcerationen die Caustik an und legt besonderen Werth darauf, dass die freien Ränder der Stimmbänder möglichst geschont werden sollen. Er sah Perichondritis nach Caustik auftreten, wenn der Tiefenstich zu nahe am Processus vocalis vorgenommen wurde. In einigen Fällen bewährte sich ihm die Combination von endolaryngealem Curettement und caustischem Tiefenstich. Günstige Erfolge sieht man nach Caustik der infiltrirten Epiglottis.

Hajek (Wien) überlegt sehr lange, ob er bei Tuberculose des Kehlkopfes überhaupt etwas machen solle, nachdem die Prognose nach jeder Behandlungsart sehr zweifelhaft ist, da in Folge dieser nicht selten Temperatursteigerung und Appetitlosigkeit auftreten. Er räth zuerst immer an den Allgemeinzustand zu denken und möchte unter seinen Fällen diejenigen als die prognostisch günstigsten bezeichnen, welche unter den günstigsten hygienischen Bedingungen leben und sich local nicht behandeln lassen. Die Tracheotomie ergab ihm bessere Resultate als Kahler gemeint hat. Er giebt weiter zu bedenken, dass die meisten Infiltrate bei Tuberculosen eben nur chronich entzündliche Oedeme sind und legt grossen Werth auf die Ruhigstellung des Kehlkopfes, auf die Schweigecur.

Killian (Berlin) empfiehlt nach erfolgloser conservativer Maassnahme denn doch die radicale Behandlung. Nach Caustik bewähre sich das Albrecht'sche Heissluftbad.

Safranek (Budapest) sagt, dass Ungarn nach Russland an zweiter Stelle der Tuberculose-Statistik steht. Er beobachtet jährlich mehr als tausend Fälle, hat gute Resultate mit der Schwebelaryngoskopie und auch mit der Tracheotomie, und stimmt in Hinsicht auf letzteren Punkt mit Hajek vollkommen überein.

Thost (Hamburg) verwendet Pyoktanin in alkoholischer Lösung in ausgedehnter Weise, auch nach Caustik, ebenso das mindestens ebenso gut wirkende Malachitgrün, Coryfin und Zykloform. Intubation findet er nicht für zweckmässig, dagegen war er mit der Röntgenbehandlung zufrieden und meint, dass man die Frage der Klimatotherapie hier auch erörtern sollte. Diesbezüglich meint er, dass

das Höhenklima direct contraindicirt sei und nennt als die zwei ihn zufriedenstellenden Orte Görbersdorf in Schlesien und Korsika.

Heymann (Berlin) hat vom Heissluftbade keine besonderen Erfolge gesehen und spricht sich im Principe gegen eine zu energische Behandlung der Larynxtuberculose aus.

Réthi (Wien) hat 80 Mal den galvanocaustischen Tiefenstich bei Larynxtuberculose ausgeführt. Die Reaction war durchschnittlich gering und die Erfolge zufriedenstellend. Die Behandlung soll nicht ambulatorisch durchgeführt werden.

Hanszel (Wien) erwidert Thost, dass er Tuberculöse überhaupt nicht in offene Curorte schickt, sondern in geschlossene Tuberculoseheilstätten, deren es in Oesterreich mehrere, und zwar ausgezeichnete, auch specialistisch geleitete giebt, wie das Wienerwald-Sanatorium, das Sanatorium Grimmenstein, Hocheppan bei Bozen, Aflenz und als die grösste Anstalt auch für Unbemittelte Alland.

Tschiassny (Wien) möchte die Wirkung der Radiumbestrahlung nicht ausser Acht lassen.

Koschier (Wien) ist als Schüler Stoerk's heute nach wie vor für die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose nicht begeistert.

Kahler (Freiburg i. B.) sagt u. A. im Schlusswort gegenüber Imhofer, dass er auch mehrere Tiefenstiche in einer Sitzung machte, ohne besondere Reaction beobachtet zu haben, gegenüber Hajek und Anderen, dass er nach der Tracheotomie meist schlechte Beeinflussung des Lungenbefundes beobachtete, und ist mit Thost gegen Davos und empfiehlt mit Hanszel Specialsanatorien.

Johann Fein (Wien): Ueber eine chronisch-entzündliche Geschwulst im Nasenrachen.

Es handelt sich um eine zur Zeit der Beobachtung, die 4 Jahre zurückliegt, 43jähr. Dame. Sie bemerkte seit einigen Monaten eine allmählich sich vergrössernde Verlegung der linken Nasenseite. Im Uebrigen bestanden nicht die geringsten Beschwerden. Die Untersuchung zeigte in der linken Hälfte des Nasenrachens eine röthliche, gut abgegrenzte Masse von körniger, zum Theil zerklüfteter Oberfläche und nicht derber Consistenz. Das Velum war an derselben Seite durch den Tumor leicht vorgedrängt. Der Tumor hatte in seinem Aussehen eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Befunde von adenoiden Wucherungen. Der Nasenbefund war normal, das Gehör intakt. Im vorderen Halsdreieck waren leichte, nicht schmerzhafte Drüsenschwellungen nachweisbar. Der Hausarzt vermuthete Sarkom. Fein konnte sich dieser Ansicht nicht anschliessen, konnte aber auch keine andere Diagnose stellen; in jedem Falle machte die Geschwulst den Eindruck der Benignität. Er empfahl beobachtendes Verhalten und die Verabreichung eines Arsenpräparates, da die Kranke recht mager war und etwas blass aussah. Eine Probeexcision wurde nicht zugegeben. Erst nach einem Jahre sah Fein die Kranke wieder. Befund im Nasenrachen fast unverändert, der Tumor war vielleicht etwas grösser geworden. Guter Ernährungszustsnd, Blutbefund normal, Wassermann negativ.

Nunmehr hat Fein die Excision von Stücken der Geschwulst von der Nase und vom Rachen aus vorgenommen und gehofft, dass die histologische Unter-

suchung die Natur des Tumors unzweifelhaft aufklären werde. Leider war dies nicht der Fall. Der Befund des einen Pathologen lautete: „. . . anscheinend eine Neubildung sarkomatöser Natur, die nach der Constitution des Gewebes wahrscheinlich nicht rasch wächst.“ Ein zweiter Pathologe schrieb: „Die Hauptmasse des subepithelialen Gewebes bilden Elemente chronisch-enzündlicher Herkunft ohne ausgesprochene Specifität . . . Eine präcise Diagnose scheint mir der vorliegende Befund nicht zu gestatten.“

Da die Durchgängigkeit der Nase nach dem ersten Eingriff nicht genügend hergestellt war und er hoffte, durch ausgiebige Excision der ganzen Geschwulst den Pathologen ausreichendes Material liefern zu können, hat der Vortragende kurze Zeit nachher in allgemeiner Narkose bei hängendem Kopfe die ganze Geschwulst mit schneidender Zange und scharfer Curette abgetragen. Hierbei liess sich feststellen, dass ihr Sitz an der linken Hälfte des Nasenrachens zum Theil an der hinteren Rachenwand, zum Theil am Rachendach gelegen war. Leider hat auch die nunmehr vorgenommene histologische Untersuchung der grossen Stücke zu keinem sicheren Ergebniss geführt. Der Pathologe, welcher die Untersuchung vornahm und zu den namhaften Autoritäten in seinem Fache gehört, erklärte sich ausser Stande, eine sichere Diagnose zu stellen, neigte aber sehr der Ansicht zu, dass es sich, trotzdem die klinischen Symptome nicht dafür sprechen, nicht um einen einfachen Granulationstumor, sondern um einen Fall von Lymphogranulomatose handle. Da diese Krankheit erfahrungsgemäss sich rasch verschlimmert und zum Tode führt und im Falle des Auftretens von Recidiven chirurgische Eingriffe deletär wirken, warnte er vor etwa weiter vorzunehmenden Operationen. Es war daher nöthig, den Verwandten der Kranken die Prognose in diesem Sinne höchst ungünstig zu stellen.

Nun war aber der Heilungsverlauf ein glänzender; es vergingen Wochen und Monate, ohne dass die befürchteten Recidive aufgetreten wären. Die Durchgängigkeit der Nase blieb dauernd hergestellt. Die Kranke nahm an Körperpewicht allmählich zu und befand sich ausserordentlich wohl. Fein hat die Kranke zum letzten Male vor einigen Wochen, also 3 Jahre nach der letzten Operation, gesehen und sie in blühender Gesundheit angetroffen. Es hat sich demnach nach diesem Verlauf herausgestellt, dass die Annahme eines Falles von Lymphogranulomatose ausgeschlossen werden konnte und dass es sich thatsächlich um eine gutartige Geschwulst gehandelt haben muss. Vor einigen Monaten hatte Herr Professor Dr. Carl Sternberg, der nicht mit dem erstgenannten Untersucher identisch ist, die Güte, die Präparate durchzusehen und folgendermaassen zu beschreiben:

„Das untersuchte Präparat zeigt den Befund eines zellreichen Granulationsgewebes, das von vielen weiten Blutgefässen durchzogen wird. Die in dieses Gewebe eingelagerten Zellen sind zum kleinsten Theile polymorphkernige Leukocyten, meist sind es Lymphocyten und besonders Plasmazellen. Stellenweise, im allgemeinen mehr an der Peripherie des Stückchens, sieht man zwischen diesen Elementen in grösserer Zahl grosse Zellen mit einem grossen runden oder ovalen, oft auch unregelmässig geformten, blass färbbaren Kern mit lockerem Chromatingerüst. Mehrkernige Zellen der gleichen Art sind nicht zu finden. An einzelnen Stellen ist das Gewebe ödematös, theilweise auch an der Oberfläche nekrotisch. An einem

anderen Stückchen, an welchem noch Oberflächenepithel erhalten ist, sieht man, dass das Granulationsgewebe die ganze Breite der Schleimhaut einnimmt und bis unmittelbar an das Epithel heranreicht."

Der Tumor erscheint demnach als eine Geschwulst von chronisch-entzündlichem Charakter, aus Granulationsgewebe ohne specifische Zeichen bestehend.

Wir kennen ja derartige Granulome aus anderen Körpergegenden. Ein gutes Beispiel ist das Granulom des Alveolarrandes, das unter dem Namen Epulis bekannt ist; auch das Chalazion stellt eine ähnliche Bildung vor. Hierher gehören auch die dem Chirurgen bekannten entzündlichen Netztumoren, bei denen es sich jedoch erst in letzter Zeit (Schnitzler) herausgestellt hat, dass sie plastische Netzentzündungen vorstellen, die im Anschlusse an vorausgegangene Bauchoperationen auftreten und den angelegten Ligaturen ihre Entstehung verdanken. Auch bei den Bauchdeckentumoren nach Herniotomien (Schloffer) handelt es sich um analoge Verhältnisse. In der Appendixgegend und auch an anderen Darmabschnitten entstehen nicht selten, wahrscheinlich ebenfalls durch Fremdkörperreiz, entzündliche Tumoren, die oft zu Verwechslungen mit malignen Geschwülsten Anlass gegeben haben, wie dies auch wiederholt bei derartigen Tumoren an anderen Körperstellen vorgekommen ist. Im Respirationstract finden wir nicht allzuselten granulomartige Bildungen in der Umgebung von länger zurückgehaltenen Fremdkörpern, wenn sie auch nicht gerade das Aussehen von Tumoren vortäuschen. Die sogen. „blutenden Septumpolypen" sind wieder Beispiele ähnlicher Bildungen, wahrscheinlich als Wundgranulome in der Umgebung kleinster Verletzungen zu denken.

Lermoyez hat interessante Geschwülste in der Nase, die sich um zurückgebliebene Fasern des früher so beliebt gewesenen Blutstillungsmittels mittels des Peng. Djambi gebildet hatten, als Fremdkörpergranulome beschrieben. Eine Gegend, die als Sitz derartiger Geschwülste anscheinend noch nicht bekannt ist, ist der Nasenrachen, an dessen Wand wir den Tumor vorgefunden haben.

Alle diese Geschwülste zeigen die gemeinsame Eigenschaft, dass der Reiz kleiner Fremdkörper zu ihrer Entstehung Anlass giebt; auch dort, wo die Fremdkörper nicht gefunden werden können, kann das Vorhandensein derselben als sicher angenommen werden. Wenn wir auch in unserem Falle keinen Fremdkörper aufgefunden haben — wir haben begreiflicher Weise bei der Operation auch nicht nach einem solchen gesucht —, so kann es doch nicht als unwahrscheinlich erscheinen, dass in der Schleimhaut des Nasenrachens eine Borste, eine feine Gräte oder dergl. bei irgend einer Gelegenheit stecken blieb und nun den Anlass zur Granulationsbildung abgegeben hat. Allerdings kann nicht in Abrede gestellt werden, dass auch andere chronisch wirkende Reize unbekannter Natur, z. B. wiederholte leichte Verletzungen, die Ursache für die Entstehung der Granulationsgeschwulst abgegeben haben konnten.

In jedem Falle erscheint die mitgetheilte Beobachtung für den Rhinologen von einiger Wichtigkeit, da seine Aufmerksamkeit in einem ähnlichen Fall vielleicht nach der angegebenen Richtung gelenkt und die Diagnosenstellung hierdurch vielleicht erleichtert werden wird.

R. Steiner, Univ.-Assistent (Prag): Ueber Tracheobronchopathia osteoplastica mit Amyloidbildung.

Der Vortragende berichtet über eine seltene Veränderung in der Schleimhaut der Trachea und der Bronchien bei einem 65jährigen Individuum, das ohne klinisch nachweisbare Symptome von Seiten der tiefen Luftwege an einem Herzfehler zu Grunde ging. Die von Prof. Ghon genauestens durchgeführte Obduction ergab als zufälligen Sectionsbefund multiple in die Schleimhaut der Trachea und der Bronchen eingelagerte deutliche Knorpel- und Knochenwucherungen, welche Veränderung wegen ihrer Genese nach Aschoff als Tracheobronchopathia osteoplastica bezeichnet wird. Interessant ist das gleichzeitig in der Schleimhaut beobachtete Vorkommen von localer Amyloidbildung, während in den übrigen Organen weder makroskopisch noch histologisch Zeichen von Amyloid erkennbar waren. Verf. erörtert nach Vorführung der einschlägigen histologischen Befunde die Pathogenese dieses Falles, bespricht das Verhältnis der elastischen Elemente zu den localen Amyloidtumoren einerseits und zu den Knorpel-Knocheneinlagerungen andererseits und hält wegen dieser topographischen Beziehungen beider Processe zum elastischen Gewebe einen Zusammenhang zwischen Knorpel-Knochenbildung und localem Amyloid für wahrscheinlich, aber nicht einwandfrei geklärt. Bezüglich der Entstehung des localen Amyloids erscheint dem Autor die Thatsache hervorhebenswerth, dass wir locale Amyloidbildung vorwiegend dort finden, wo gewisse Secrete abgeschieden werden, zumal das elastische Gewebe allein für die Erklärung localer Amyloidbildung nicht hinreicht. Nach epikritischer Besprechung der wenigen einschlägigen Fälle, sowie der klinischen Stellung dieses Krankheitsbildes, schliesst der Vortragende mit der Forderung, in Zukunft der beschriebenen Affection von laryngologischer Seite ein grösseres Interesse als bisher zuzuwenden, umsomehr, als wir heute in der Methode der directen Tracheobronchoskopie ein werthvolles diagnostisch-therapeutisches Hilfsmittel besitzen, in manchen ätiologisch unklaren Fällen von knotigen Infiltraten der tiefen Luftwege diese Krankheitserscheinung schon intra vitam als solche zu erkennen.

Fritz Schlemmer (Wien): Die Erkrankungen der Nebenhöhlen bei Kindern.

Zusammenstellung von 52 Fällen acuter und chronischer Nebenhöhleneiterung im Kindesalter und Mittheilung von 5 Eigenbeobachtungen aus der Klinik Chiari. Bei Neugeborenen und ganz jungen Kindern beobachtet man fast ausnahmslos Erkrankungen der Kieferhöhle, und es finden sich Affectionen des Siebbeines und der Stirnhöhle meist in späteren Lebensjahren (3—15 Jahre). Aetiologisch kam in 42 pCt. der Fälle Scharlach in Betracht, bei sieben Fällen lag keine Scarlatina vor, der Erreger war aber nicht angegeben, während bei 11 Fällen die Aetiologie überhaupt unbekannt ist.

Aufzählung der hervorstechendsten Symptome bei den kindlichen Nebenhöhlenerkrankungen. Mittheilung von zwei Krankengeschichten.

Discussion: Hajek (Wien) meint, dass es sich bei Kindern wohl stets nicht um primäre Kieferhöhleneiterung sondern um Osteomyelitis mit secundärer Betheiligung der Schleimhaut handelt.

Lindt (Bern) macht Mittheilung von einem Falle, bei welchem im Verlaufe einer Scarlatina die Nebenhöhlenschleimhaut primär unter dem Bilde einer fibrinös-nekrotischen Entzündung erkrankt war.

Glas (Wien) sah bei Scharlach in 16 Fällen Nebenhöhlenerkrankungen und glaubt, dass durch rechtzeitige conservative Behandlung schwerere Complicationen hintangehalten werden können.

Schlemmer (Wien) betont im Schlusswort, dass es sehr schwierig sei zu entscheiden, ob die Schleimhaut primär oder secundär erkrankt sei und meint gegenüber Glas, dass Nebenhöhlenaffectionen bei Säuglingen häufig vorkommen.

IV. Abteilungs-Sitzung am 24. September 1913, Nachmittags.

R. Goldmann (Iglau): Die Lymphdrüsen bei der Tonsillitis chronica.

Die Tonsillitis chronica ist charakterisirt durch die Bildung der Mandelpfröpfe und erzeugt eine collaterale Entzündung der Lymphdrüsen, welche folgende Etappen aufweist:

1. Eine Drüse resp. Drüsengruppe in der Regio retromandibularis in Tonsillenhöhe (die paratonsilläre Drüse) als Ursache des tonsillären Ohrenschmerzes;
2. eine Drüse in der Regio thyreohyoidea, medial vom grossen Schildknorpelhorn;
3. eine Drüse am Zusammenfluss der Facialis in die Jugularis interna (Hauptdrüse nach Most) unterhalb des lateralen Biventerbauches;
4. die tiefen cervicalen Drüsen lateral entlang der Jugularis interna: (mögliche Ursache des Asthma bronchiale als Vagusneurose);
5. die peritrachealen Drüsen in der Höhe des Seitenlappens der Schilddrüse (Ursache der Stimmstörungen: Recurrens!);
6. die vorderen supraclavicularen Drüsen unter dem Ansatz des Sternocleido an der Jugularis interna.

Siegfried Tenzer (Wien): Einiges zur Tonsillektomiefrage und über die Endresultate der Tonsillektomie.

Nach einem kurzen historischen Rückblick berichtet der Vortragende über seine im Verlaufe dreier Jahre an der Wiener poliklinischen Abtheilung gemachten Erfahrungen. Während bei Erwachsenen die stumpfe Enucleation der Mandel bevorzugt wird, wird bei Kindern nur mit dem Sluder'schen Instrument operirt. Bezüglich der Function der Tonsillen erwähnt der Vortragende die werthvollen Untersuchungen Caldera's in Turin im Jahre 1913, nach welchen die Tonsille nicht als Organ mit innerer Secretion aufzufassen ist, und meint weiter, dass gegen die Auffassung der Tonsille als Schutzorgan gegen bakterielle Infection die klinischen Erfahrungen absolut sprechen, worüber Tenzer im weiteren sich ausführlich verbreitet. Eine endgültige Entscheidung über die Frage von Ausfallserscheinungen bei tonsillektomirten Kindern auf Grund seines Materials ist natürlich nicht möglich, doch bestätigt bisher kein Fall diese Annahme. Die Tonsillektomie ist auch bei Kindern bis zum zwölften Lebensjahre gegebenen Falles ohne Bedenken auszuführen,

zur principiellen Operation der Wahl ist sie jedoch deshalb nicht zu erheben, weil in vielen Fällen die Tonsillotomie genügt.

Imhofer (Prag): Ueber lymphatisches Gewebe und Plasmazellen im Ventriculus Morgagni und ihre Beziehung zum Status lymphaticus.

Vortragender hat an 57 im Prager pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Ghon) histologisch untersuchten Fällen die Beziehungen zwischen Entwicklung des lymphatischen Gewebes der oberen Luftwege und der als Status thymicolymphaticus (Bartel, Weichselbaum) beschriebenen Constitutionsanomalie studirt. Vortragender ging hierbei von der sogenannten Larynxtonsille aus, weil dieselbe von gröberen, mechanischen, thermischen u. a. Insulten verschont bleibt, sich also am besten zur Klarstellung dieser Beziehungen eignet.

Seine Resultate waren: Unter 26 Lymphatikern 19 Mal grosse Larynxtonsille, unter 31 Nichtlymphatikern nur 6 Mal grosse Larynxtonsille, unter 25 Fällen mit grosser Larynxtonsille 19 Lymphatiker (76 pCt.), unter 30 Fällen mit wenig entwickelter Larynxtonsille 7 Lymphatiker (23,3 pCt.).

Vortragender hält es für sicher, dass eine Abhängigkeit der Grössenentwicklung des lymphatischen Gewebes der oberen Luftwege vom Status lymphaticus besteht und zieht aus seinen Befunden folgende practische Schlussfolgerungen:

1. Es ist ganz zwecklos, einzelne Theile des Waldeyer'schen Schlundringes herauszugreifen und denselben besondere Functionen zuschreiben zu wollen, wie es bei der Gaumentonsille der Fall war. Auch der Waldeyer'sche Schlundring als Ganzes betrachtet spielt im Organismus keine selbstständige Rolle.

2. Man ist auch vom pathologisch-anatomischen resp. physiologischen Standpunkte aus berechtigt, Theile des lymphatischen Schlundringes, die gewisse Functionen (Athmung, Schluckakt, Sprache) durch excessive Grössenentwicklung beeinträchtigen, zu verkleinern, auch wenn sie schwer erkrankt einen Infectionsherd im Körper darstellen, ganz zu entfernen, ohne einen Functionsausfall befürchten zu müssen.

3. Man darf sich aber nicht vorstellen, durch Entfernung von Theilen des lymphatischen Schlundringes, auch wenn diese noch so radical geschieht, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegenüber Infectionen zu steigern. Denn die verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infectionen gehört zum Bilde des Status lymphaticus, und durch operative Beseitigung der Hypertrophien des Waldeyer'schen Schlundringes kann selbstverständlich die Constitution nicht verändert werden.

Anhangsweise stellt der Vortragende das constante Vorkommen von Plasmazellen in der Larynxschleimhaut des Erwachsenen fest und widerlegt die bisher geltenden gegentheiligen Anschauungen, wie sie in der Arbeit von Hirschmann ausgesprochen werden.

Discussion:

Réthi (Wien) warnt vor Tonsillektomien bei Sängern, macht auf die Gefahr der Blutungen aufmerksam und möchte überhaupt nicht wegen 2 oder 3 Anginen pro Jahr tonsillektomiren.

Schoenemann (Bern) meint, dass die Tonsillen nichts anderes als unter die Schleimhaut vorgerückte Lymphdrüsen sind und mit dem grossen Lymphstrom

in Verbindung stehen. Er ist misstrauisch gegen die Tonsillektomie und glaubt, dass man mit den bisherigen Methoden das Tonsillargewebe überhaupt nicht ganz entfernen kann.

Kofler (Wien) berichtet über 1500 Tonsillektomien an der Klinik.

Pässler (Dresden), als Gast, macht einige Bemerkungen zur Geschichte der Tonsillektomie. Er beurtheilt die chronische Tonsillitis vom Standpunkte des Internisten als Ursache verschiedener Allgemeinerkrankungen und hat praktische Schädigungen nach der Tonsillektomie niemals beobachtet.

Mann (Dresden) sagt, dass die Beschwerden von Seiten der Narbenbildung lediglich von der Technik abhängen, Recidive nur dann zu erwarten sind, wenn nicht alles entfernt wurde, Blutungen gleich exakt zu stillen sind, dann sind Nachblutungen selten. Sänger sollen wir nicht ohne Revers tonsillektomiren, dagegen Gesangsschüler ohne Bedenken, da diese ja ohnehin noch nicht singen können.

Marschik (Wien) berichtet über eine Serie von drei Fällen von eigenartigen recidivirenden Halsphlegmonen, welche entweder auf einfache Wärmeapplication zurückgingen oder auch wiederholte Male incidirt werden mussten und deren Ausgangspunkt mit grösster Wahrscheinlichkeit die Tonsillen waren, denn nach der in allen diesen Fällen ausgeführten Tonsillektomie blieben die Attacken von Phlegmonen mit Sicherheit auf immer aus. Es könnte sich in diesen Fällen vielleicht um Lymphadenitis oder Entzündung eines Schleimbeutels handeln. Tatsächlich blieb bei dem einen dieser Fälle auf dem Zungenbeine eine etwas verschiebliche, weiche, fast fluctuirende kleine Geschwulst zurück, die vom Vortragenden als ein Schleimbeutel angesprochen wurde.

Heindl (Wien) sah nach der Tonsillektomie geringere Blutung als nach der Tonsillotomie, fand die Tonsillektomie schwerer auszuführen nach vorausgegangener Caustik und berichtet über den günstigen Einfluss der Ektomie bei einem Kinde mit acuter Sepsis.

Hajek (Wien) antwortet Schoenemann, dass die Anatomen fest behaupten, die Lymphdrüsen seien schon entwickelungsgeschichtlich etwas ganz anderes als das lymphoide Gewebe der Tonsillen.

Koschier (Wien) spricht gleich wie Marschik über phlegmonöse Entzündungen, bei denen es manchmal zur eitrigen Einschmelzung der Drüsen kommt, manchmal nicht; auch ihm hat sich in diesen Fällen die Tonsillektomie bewährt.

Goldmann (Iglau): Die chronische Tonsillitis ist meistens secundär durch Veränderungen in der Nase oder dem Nasenrachen bedingt. Die Infectionen erfolgen durch die Tonsille und nicht durch eine vorgeschobene Lymphdrüse.

Tenzer (Wien) konnte das von mehreren Autoren beobachtete Recidiv nach richtig ausgeführter Ektomie nie bemerken.

Imhofer (Prag) bestreitet Schönemann's Ansicht.

F. Pick (Prag) bespricht an der Hand eines Falles das Zusammentreffen von Schmerzen in der Blinddarmgegend mit jedem Anginaanfall.



Friedel Pick (Prag): Ueber Sklerom der Luftwege.

An einer Landkarte erläutert der Vortragende das langsame aber stetige Vordringen dieser in Russisch-Polen und Galizien häufigen Erkrankung, auch in Böhmen, u. zw. von Osten nach Westen. Er widerlegt die frühere Anschauung, wonach diese Erkrankung vorwiegend nur bei Slaven und Juden vorkomme. Pick demonstrirt eine Tabelle, welche zeigt, dass nach von H. Bail angestellten Versuchen, die Complementablenkung des Serums Skleromkranker mit Extracten von Sklerombacillen deutlich positiv ist, mit denen der anderen Kapselbacillen aber negativ bis auf leichte Andeutung beim Bacillus capsulatus mucosae; während das Sklerom durchschnittlich eine sehr langdauernde Krankheit darstellt, giebt es auch Todesfälle, ohne momentan verständliche Todesursache. Pick berichtet über zwei derartige Fälle. Schliesslich verweist der Vortragende auf die günstig wirkenden Röntgenstrahlen.

G. Hofer und K. Kofler (Wien): Bisherige Ergebnisse der Vaccinationstherapie bei genuiner Ozaena (Coccobacillus foetidus Ozaenae Perez).

Nach einer achtwöchigen Vaccination typischer Fälle von genuiner Ozaena konnte man konstatiren: Hebung des Allgemeinbefindens und des Gewichtes, Zunahme des Appetites, besseres Aussehen, Abnahme, ja in den meisten Fällen Verschwinden des Fötors und Krustenbildung, der Pharyngitis atrophica sicca. Als besonders bemerkenswerth gilt der Umstand, dass meist schon nach der ersten Injection eine typische, allergische Reaction in Form von acutem Schnupfen auftrat.

Fischer-Galatti (Rom) bespricht die Beziehungen zwischen Nase und Auge unter Mittheilung von drei Fällen mit Besserung des Sehvermögens nach Abtragung von adenoiden Wucherungen.

Schoenemann (Bern): Demonstration von plastischen Modellen der menschlichen Nase und deren Nebenhöhlen.

Die Modelle haben den Zweck, unter anderen über den architektonischen Aufbau der Siebbeinzellen Aufschluss zu geben. Die Arbeit bildet eine Fortsetzung der Untersuchungen über Muschelbildung und Muschelwachsthum, welche vom entwickelungsmechanischen Standpunkte aus diese Verhältnisse betrachten.

Im Anhang demonstrirt Glas (Wien) Röntgenbilder von Kinderrachen, welche ein ganz besonderes Vorspringen des Atlas aufweisen, wodurch eine wesentliche Verengerung zwischen Epi- und Mesopharynx zu Stande kommt. Dieses Moment genügt, bei zahlreichen Kindern, ohne dass adenoide Vegetationen vorhanden sind, Mundathmung hervorzurufen und ist aber auch bei der Adenotomie zu bedenken.

Discussion:

Heymann (Berlin) und Weil (Wien) haben solche Fälle schon vor vielen Jahren veröffentlicht und besprochen.

Hermann von Schrötter berichtet an der Hand entsprechender Röntgenbilder über die Entfernung eines kleinen Blechstückchens aus dem rechten Bronchus eines neun Monate alten Kindes, die ohne allgemeine Anästhesie, unter Anwendung eines Rohres von 5 mm Durchmesser ausgeführt wurde. Reactionslose Heilung.

Hanszel (Wien).



c) Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 25. April 1912.

S. C. Lebedinsky demonstrirt einen Fall von Scleroma nasi pharyngis et laryngis.

Die Krankheit dauert schon 3 Jahre. Wassermann'sche Reaction negativ. Im Nasenschleim und Pharynxschleim erhielt man Reinculturen von Rhinosklerombakterien. Die mikroskopische Untersuchung einer Probeexcision ergab das für Sklerom charakteristische Bild. Eine intravenöse Salvarsaninjection war ohne irgend welchen Erfolg. Das beste Mittel zur Bekämpfung der Krankheit ist nach Meinung des Referenten vollständige Isolation, wie bei Leprösen.

C. M. Maljutin: Die Verbesserung der Sattelnase durch eine Operation mit Knochenplastik.

M. weist hin auf die Mängel der Paraffinoplastik: anhaltende Röthe, Gefahr des Erblindens. Daher bevorzugt er die Knochenplastik. Demonstration einer Patientin mit einer derartigen Knochenplastik. Zwei Wochen nach der Operation: Resultat ein gutes, nur an der Operationsstelle bemerkte man Röthe und Schmerzhaftigkeit.

Discussion:

Rosser: Die Nachtheile der Paraffinoplastik sind nicht so fürchterlich.

Schneider: Wenn das Paraffin in kleinen Dosen bei der Plastik angewandt wird, kommt es an der Stelle nie zu einer Röthe.

S. Güttelson: Auf der chirurgischen Abtheilung von Dr. Mintz wenden wir häufig zur Correction der Sattelnase Rippenknorpel an. Die Resultate sind sehr gut und anhaltend, nur darf in der Nasenhöhle keine Eiterung vorhanden sein.

A. J. Feldmann: Ueber blutende Polypen der Nasenscheidewand.

Blutende Polypen der Nasenscheidewand sind nicht sehr häufig, meistentheils ist es eine Bildung entzündlichen Charakters. Sehr häufig entwickeln sich die blutigen Polypen der Nasenscheidewand bei Drüsenatrophie und Rhinitis sicca anterior. Sie kommen häufig bei Frauen vor, wobei Schwangerschaft oft ein prädisponirendes Moment ist. Die Tumoren recidiviren sehr häufig.

Discussion:

Maljutin meint, dass die blutenden Polypen nicht nur an der Scheidewand, sondern auch am Nasenflügel und am Boden der Nase vorkommen.

Sitzung vom 31. October 1912.

Sack demonstrirt einen Patienten mit einer Stenose des linken Bronchus.

Ursache der Stenose vermuthlich Lues. Patient inficirte sich im Jahre 1905 mit Lues, hat zwei Schmiercuren durchgemacht und einmal Salvarsan. Er klagte über seit 2 Monaten allmählich zunehmende Athemnoth. Objective Untersuchung: Linke Thoraxhälfte fast unbeweglich bei der Athmung, kein Fremitus pect., keine



Athemgeräusche, in den oberen Partien der linken Lunge Bronchialathmen, Herz stark nach links verdrängt. Bronchoskopie (N. Schneider): Stenose des linken Bronchus, 4—5 mm im Durchmesser. Röntgenbild bestätigt den Befund. Nochmalige Schmiercur ohne Erfolg.

S. E. Lebedinski demonstrirt einen Patienten mit einem Angioma pharyngis.

Patient, 46 Jahre alt, hat seit 8 Monaten Schluckbeschwerden. An der hinteren Pharynxwand, gerade in der Mitte, ist ein deutlich abgegrenzter Tumor von der Grösse einer türkischen Nuss mit breiter Basis, die nach oben in der Richtung des Nasenrachenkanals sich verschmälert, sichtbar. Er ist von weicher Consistenz. Vortragender empfiehlt die Entfernung des Tumors auf chirurgischem Wege.

Resser spricht sich auch für die Entfernung des Tumors auf chirurgischem Wege aus mit vorhergehender Einspritzung von Adrenalin.

A. J. Tscherton: Ueber Schwebelaryngoskopie.

Vortragender demonstrirt den Apparat und deren Anwendung.

A. J. Schapiro demonstrirt eine Patientin mit einer Neubildung in der Nase und Nasenrachenraum.

Die Diagnose dieses Falles bietet einige Schwierigkeiten. Im März 1912 erkrankte Pat. an einer Angina, im Mai 1912 bemerkte Pat. eine Verhärtung und dann ein Ulcus an der linken Tonsille. Temp. normal. Untersuchung des Belages ergab: Angina Vincenti, Wassermann negativ. Ende Juni wird die Geschwulst grösser. Temp. 38°. Es bilden sich drei Geschwüre am harten Gaumen und zwei Geschwüre an der linken Pharynxseite. Therapie: Kal. jodat. und Caustik. Histologische Untersuchung ergab nichts Bösartiges. Ende Juli: breite Infiltration des weichen Gaumens, der Gaumenbögen und der linken Tonsille mit einem grossen Ulcus. Diagnose: Angina Vincenti. Temp. 39°. Nach einer Woche stiess sich vom weichen Gaumen ein Stück Gewebe ab. Mikroskopisch nichts Bösartiges. Wassermann wieder negativ — nichtsdestoweniger Quecksilber und Kal. jodatum. Die Geschwulst erstreckte sich auf die Uvula. Mikroskopische Untersuchung der Geschwulst: kleinzelliges Sarkom. Am 16. August: Salvarsan, weicher Gaumen vollständig vernarbt, Tumor der Uvula verkleinert. Nach zwei Wochen aber wird die Geschwulst wieder grösser und Salvarsan blieb ohne Erfolg. Am 13. September wird Patientin im Moroson'schen Institut innerlich mit Methylenblau behandelt, von aussen mit Methylenblau bepinselt und Injection mit Methylenblau in den Tumor. Anfang October Klagen über Verstopfung der linken Nasenhälfte. Status praesens: Allgemeinzustand befriedigend, alle Organe normal, nirgends Drüsen. In der Mundhöhle nur Narben; von Tumor keine Spur. Im Nasenrachenraum Tumor ähnlich wie bei Adenoiden, rechte Nasenhälfte frei, linke schwer durchgängig, untere Muschel stark geschwollen. Mikroskopische Untersuchung des Tumors im Nasenrachen: Lymphosarkom.

Discussion:

Sack spricht sich für eine Mischinfection aus: Angina Vincenti und Lues.

Stepanow hielt den Fall für eine bösartige Neubildung.

Bjalo: Demonstration einer Nasencyste.

Patientin, 30 Jahre alt, klagt über erschwertes Nasenathmen. Rechte Gesichtshälfte geschwollen, rechter Nasenflügel verdickt, der Nasenboden des rechten unteren Nasenganges vorgebuchtet und bedeckt das vordere Ende der unteren Muschel. Die Vorbuchtung von der Grösse einer Haselnuss fluctuirt. Nach Cocain-Adrenalin keine Abschwellung. Probepunction ergab 7 ccm helle colloide Flüssigkeit. Die Cyste wird geöffnet und drainirt (Jodoform). Am folgenden Tage wieder Flüssigkeitsansammlung. Röntgenuntersuchung: Vollständige Verdunkelung der rechten Nasenhälfte. Operation nach Denker, wobei der Tumor in keinem Zusammenhang mit den Zähnen gefunden wurde. Vortragender hält den Tumor für eine Cysta follicularis, die nach Malassez-Braizew ihren Ursprung von den Resten des zahnbildenden Epithels nimmt.

Sitzung vom 5. December 1912.

S. Güttelson: Demonstration einer Patientin mit Sigmatismus lateralis dexter et sinister et Sigmatismus interdentalis, vorhergegangen war Operation des Wolfsrachens — Resultat der cosmetischen chirurgischen Operation sehr gut — aber Sprache schlecht, nach der Methode von Gutzmann systematische Sprachübungen, wobei er sich zur Beseitigung des Lispelns der Gutzmann'schen Sonde bedient. Patientin wurde im Laufe von $1^1/_2$ Monaten von ihrem Sprachfehler befreit. Résumé: Patienten mit Wolfsrachen, die chirurgisch behandelt werden, müssen nachher unbedingt auch sprachlich behandelt werden, um dann erst ein cosmetisches und sprachliches gutes Resultat zu erlangen.

S. Güttelson: Demontration eines Patienten mit einer Fractur der Lamina cribrosa.

Patient bekam mit einem stumpfen Instrument einen Schlag auf die Nase in der Nähe der Stirn, starkes Nasenbluten und im bewusstlosen Zustand des Patienten wird in einer Ambulanz die Nasentamponade vorgenommen; am folgenden Tage, als Patient die Nase reinigen wollte, trat eine starke Blutung auf und Patient wird in das Alte-Jekaterinenhospital eingeliefert. Patient blutete derartig stark, dass man sich nicht gut orientiren konnte, woher es blutete und es wurde die hintere Tamponade vorgenommen. Im Blutgerinnsel fielen weissliche Theile auf, sie wurden alle aufgesammelt und mikroskopisch untersucht, wobei es sich erwies, dass es Gehirntheile waren — als man nach 2 Tagen den Patienten näher untersuchen konnte, fand man eine vollständige Anämie, starke Blutung der Augenlider, Protrusio bulbi, pericorneale Injection, Blutgerinnsel im Ohre und Eiter in der Fissura olfactoria. Patient wusste überhaupt nicht, was mit ihm vorgefallen war. Im Moment, als er den Schlag bekam, war er stark betrunken gewesen. Im Laufe einer Woche schwankte die Temperatur zwischen Abends 38,2 und Morgens 37,2. Patient war in den ersten 2 Tagen halb benommen, klagte nachher nur über Kopfschmerzen, speciell in der Stirngegend, was eventuell daran denken liess, ob sich nicht ein Abscess im Stirnlappen entwickele. Die Therapie bestand in Ruhe, Kälteapplication, innerlich Campher, Coffein, da der Puls in den ersten Tagen intermittirend war 55—60, und nachher in Spülungen der Nase und Höhlen — Patient ist vollständig genesen.

Güttelson (Moskau).



d) Gesellschaft für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zu Petersburg.

Sitzung vom 24. November 1912.

Samoilenko berichtet über einen Tumor der Epiglottis und demonstrirt das Präparat und dessen photographische Aufnahme: Patientin, 26 Jahre alt, hat an der laryngealen Oberfläche der Epiglottis einen Tumor, der sich im Laufe eines Jahres entwickelte. Grösse des Tumors von oben nach unten 3—4 cm, im queren Durchmesser $2-2^1/_2$ cm. Der Tumor wurde vermittelst der Pharyngotomia subhyoidea entfernt. Die Abwesenheit von Drüsen, das schnelle Wachsen, die Höckrigkeit des Tumors, das Nichtverwachsensein mit dem umgebenden Gewebe liess Zweifel darüber, ob der Tumor gutartig oder bösartig war. Die histologische Untersuchung ergab bei den Pathologen keine vollständige Uebereinstimmung, die einen zählten ihn zu den Endotheliomen, die andern zu den Sarkomen, andere fanden die Zellen ähnlich wie bei Carcinom. An der Discussion nahmen theil Simanowski, Lunin, letzterer hielt das Präparat für Carcinom.

Zitowitsch: Ueber die Nachbehandlung von Radicaloperirten mit Adrenalin. Auf Grund seiner Beobachtungen an Kranken und nach Experimenten an Thieren hat das Adrenalin keine specifische Wirkung auf die Epidermisation der Wunde; unter Anwendung von Adrenalin beim Verbandwechsel ist die Wunde trockener und es bildet sich weniger Granulation.

Galebski: 2 Fälle von Fremdkörpern.

Fall I. Kind von $1^3/_4$ Jahren verschluckte einen Knopf, der im Oesophagus stecken blieb. Pat. konnte nichts Flüssiges schlucken. Exstirpation des Fremdkörpers in Localanästhesie per Oesophagoscopiam.

Fall II. Patient, 42 Jahre alt, Foetor ex ore, Larynx verdrängt nach rechts und vorne. Links Drüsen, längs des M. sterno-cleido. Seit einem Monat kann Pat. feste Speisen nicht schlucken. Athmung hat stenosirenden Charakter. Laryngoskopische Untersuchung: Im linken Sinus pyriformis ein Ulcus, bedeckt mit einem schmutzig-grauen Belag, Oedem des linken Aryknorpels und Infiltrat unter dem linken Stimmband. Pat. starb nach 2 Wochen ohne Operation.

Resultat der Section: Links nach aussen vom Larynx in der Gegend des Sinus pyriformis sitzt der Herd des Zerfalles von der Grösse eines Hühnereies mit ungleichen grauen Wänden, bedeckt mit gelben nekrotischen Massen. Die Ränder sind stellenweise mit grau-weisslichen Höckern von derber Consistenz bedeckt. In der Mitte des Herdes befindet sich ein derber Fremdkörper, der einen usurirten Knochen darstellt. Von den Rändern der Wände wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen, wo festgestellt wurde: Atypisches Wachsen des Epithels mit Neigung zur Perlenbildung. Epikrisis: Ulcus carcinomatosum in regione sinus pyriformis sin. cum corpore alieno.

Sitzung vom 23. Februar 1913.

N. N. Protasjew: 2 Fälle von Larynxstenose nach Tracheotomie.

Simanowski empfiehlt für solche Fälle die Laryngostomie, und bei der zweiten Nachbehandlung das Einführen eines Gummidrains in den Larynx.

Galebski: Demonstration von 2 Fällen: Tumor des Larynx und Tumor des Pharynx.

Im 1. Falle sitzt der Tumor an der hinteren Larynxwand; Wassermann negativ, mikroskopisch sah man ein atypisches Wuchern des Epithels. Referent hält den Tumor für einen Cancer. Patient ist seit 2 Jahren heiser.

Im 2. Falle befindet sich der Tumor auf der linken Seite des harten Gaumens und greift auf den weichen Gaumen über. Der Tumor ist höckerig, stellenweise sind Blasen von dunkelblauer Farbe sichtbar. Probepunction der Blasen ergiebt blutigen Inhalt. Jodkalium ohne Erfolg. Referent hält den Tumor für ein Sarkom.

Sitzung vom 30. März 1913.

Galebski berichtet einige interessante Fälle von Tumoren der Nase und Nasenrachenraums.

Fall I. Cyste der Nasenhöhle bei einer Frau von 21 Jahren. Fall II. Eine Cyste des Nasenrachenraumes im Gebiete der Eustachi'schen Röhre bei einem 50jährigen Patienten; die Cyste rief häufig Otitis acuta, Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes und heftige Kopfschmerzen hervor, nach Entfernung der Cyste vollständige Genesung. Fall III. Fibroma durum der rechten Mandel von knorpelharter Consistenz.

Simanowski: Rachenfibrome von knorpelharter Consistenz sind selten anzutreffen.

M. F. Zitowitsch: Ueber Galvanocaustik.

Referent berichtet seine Beobachtungen an 152 Patienten, bei denen er die Caustik gemacht hat und kommt zu dem Schluss, man müsse und könne vielmehr in einer Sitzung die Caustik beider Muscheln, beider Mandeln und bei Pharyngitis lateralis beider Seitenstränge zu gleicher Zeit anwenden.

Discussion:

Spengler fragt, welche Medicamente Referent nach der Caustik anwendet.

Zitowitsch: Trichloressigsäure und Novocain-Adrenalin.

Gwordincki spricht gegen die Methode von Zitowitsch.

Lunin ist ebenfalls gegen die Methode.

Simanowski nimmt zuerst die Caustik einer Seite vor, und sobald die eine Nasenhälfte geheilt ist, nimmt er die andere Seite vor. Simanowski meint, bei gleichzeitiger Caustik beider Nasenhälften und beider Gaumenmandeln müsse man zu viel Cocain verwenden, was zu einer Vergiftung führen kann.

Kaplan: Die Anwendung der Schwebelaryngoskopie zur Entfernung gutartiger Neubildungen des Larynx und zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Hypopharynx und zur Anwendung von Röntgenstrahlen bei Erkrankung des Larynx. Speciell empfiehlt Referent warm die Schwebelaryngoskopie bei der Anwendung der Röntgenstrahlen zur Heilung der Larynxtuberculose, obgleich er sich noch kein bestimmtes Urtheil erlauben kann, zumal seine Beobachtungen noch geringe sind. Güttelson.



aus seiner Assistentenzeit an der Wiener Klinik stammen eine Reihe von Veröffentlichungen über bemerkenswerthe klinische Fälle, darunter ein Fall, den er als Keratosis laryngis bezeichnete, eine Bezeichnung, die seitdem Bürgerrecht erworben hat. Im Jahre 1892 erschien sein Hauptwerk, die Monographie über „Das Sklerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre"; der Arbeit lagen 39 sehr sorgfältig beobachtete Fälle und ein beträchtliches pathologisch-anatomisches Material zu Grunde. Ein derartiges Material hatte bis dahin noch keinem Autor zur Verfügung gestanden. Juffinger's Arbeit ist bis zum heutigen Tage mustergültig geblieben und keiner, der sich mit dem Sklerom der Schleimhäute beschäftigt, kann an ihr vorübergehen. In den letzten Jahren war Juffinger's Arbeitskraft durch die Krankheit lahm gelegt, der er schliesslich erlegen ist. Ehre seinem Andenken!

Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.

Die nächste Sitzung der Gesellschaft findet am 15. Februar in Brüssel (Hôpital Saint-Jean) statt. Auf der Tagesordnung steht ein Referat von:

Vues: Die Arbeitsschädigung in Folge von Unfallverletzungen des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes.

Anmeldungen sind vor dem 15. Januar zu richten an den Generalsecretär Dr. A. Capart fils, 31 Rue du Pépin.

Personalnachrichten.

Prof. Dr. L. Réthi-Wien ist zum Ehrenmitglied der italienischen Gesellschaft für Laryngologie gewählt worden.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft hat Prof. Th. Gluck zum Ehrenmitglied gewählt.

Dr. Wagner hat einen Lehrauftrag für Laryngologie und Otologie an der Universität Greifswald erhalten.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

dem Tampon Concrustationen gebildet und so war ein Nasenstein entstanden. Extraction des letzteren; Heilung.

Botey: Die Killian'sche Behandlung bei Peritonsillitis.

Beschreibung des Killian'schen Verfahrens zur Eröffnung der Peritonsillarabscesse. B. demonstrirt kleine geknöpfte Messer zur Incision und Pincetten zur Entleerung der Abscesse.

Sitzung vom 4. Juni 1912.

Botey: Soll man bei der Entfernung der Tonsillen und Adenoiden Anästhesie anwenden?

Man soll niemals die Tonsillotomie und Adenotomie unter Narkose machen; jedes angewandte Narcoticum ist mit Gefahr verbunden. Bei Kindern über 3 Jahre kann man Localanästhesie mit Cocain oder Novocain anwenden.

Falgar empfiehlt die Narkose mit Chloräthyl.

Sune wendet in den Fällen, wo er überhaupt ein Narcoticum anwendet, Somnoform an.

Sitzung vom 1. October 1912.

Botey: Ueber die submucöse Resection der Nasenscheidewand.

B. nimmt für sich die Priorität dieser Operation in Anspruch, da er sie zuerst auf dem Internationalen medicinischen Congress in Rom 1894 empfohlen habe. Er setzt die von ihm angewandte Technik auseinander.

Botey: Aspirationsröhren für die Extraction von Fremdkörpern aus dem Bronchus. Das Verfahren eignet sich zur Entfernung von kleinen Fremdkörpern.

Tapia.

IV. Briefkasten.

Otto Seifert's sechzigster Geburtstag.

Am 8. December feierte unser sehr verehrter Mitarbeiter Prof. Seifert in Würzburg seinen sechzigsten Geburtstag. Seifert hat es verstanden, zwei weit auseinander liegenden Specialgebieten seine wissenschaftliche Thätigkeit zugute kommen zu lassen, der Dermatologie und der Laryngologie. Wir gehen aber wohl nicht fehl, wenn wir — unbeschadet seiner Verdienste um die Dermatologie — behaupten, dass seine hauptsächliche Lebensarbeit stets unserer Specialdisciplin gegolten hat; wissen wir doch alle, auf wie vielen und mannigfachen Gebieten derselben er erfolgreich gearbeitet hat. Das Centralblatt für Laryngologie hatte Veranlassung, dem Jubilar ganz besonders herzliche Glückwünsche darzubringen: Es sind in diesem Jahre gerade 25 Jahre, dass Seifert unserem Blatte als Mitarbeiter angehört und während dieser langen Zeit hat er mit nie erlahmendem Interesse, mit geradezu exemplarischer Pflichttreue und Sorgfalt dem Blatte seine werthvollen Dienste geleistet. Wir wünschen dem Jubilar und uns selbst, dass ihm noch ein recht langes und erfolgreiches Wirken beschieden sein möge.

Professor Georg Juffinger †.

In Bozen starb im sechzigsten Lebensjahre der Professor für Laryngologie an der Universität Innsbruck Georg Juffinger. Er war ein Schüler v. Schrötter's;

aus seiner Assistentenzeit an der Wiener Klinik stammen eine Reihe von Veröffentlichungen über bemerkenswerthe klinische Fälle, darunter ein Fall, den er als Keratosis laryngis bezeichnete, eine Bezeichnung, die seitdem Bürgerrecht erworben hat. Im Jahre 1892 erschien sein Hauptwerk, die Monographie über „Das Sklerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“; der Arbeit lagen 39 sehr sorgfältig beobachtete Fälle und ein beträchtliches pathologisch-anatomisches Material zu Grunde. Ein derartiges Material hatte bis dahin noch keinem Autor zur Verfügung gestanden. Juffinger's Arbeit ist bis zum heutigen Tage mustergültig geblieben und keiner, der sich mit dem Sklerom der Schleimhäute beschäftigt, kann an ihr vorübergehen. In den letzten Jahren war Juffinger's Arbeitskraft durch die Krankheit lahm gelegt, der er schliesslich erlegen ist. Ehre seinem Andenken!

Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.

Die nächste Sitzung der Gesellschaft findet am 15. Februar in Brüssel (Hôpital Saint-Jean) statt. Auf der Tagesordnung steht ein Referat von:

Vues: Die Arbeitsschädigung in Folge von Unfallverletzungen des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes.

Anmeldungen sind vor dem 15. Januar zu richten an den Generalsecretär Dr. A. Capart fils, 31 Rue du Pépin.

Personalnachrichten.

Prof. Dr. L. Réthi-Wien ist zum Ehrenmitglied der italienischen Gesellschaft für Laryngologie gewählt worden.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft hat Prof. Th. Gluck zum Ehrenmitglied gewählt.

Dr. Wagner hat einen Lehrauftrag für Laryngologie und Otologie an der Universität Greifswald erhalten.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, Februar. 1914. No. 2.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Brühl** (Schönbuch). **Jahresbericht des Sanatoriums Schönbuch bei Böblingen, Heilanstalt für Lungenkranke, für das Jahr 1912, nebst einigen Bemerkungen über häusliche Nachbehandlung.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztlichen Landesvereins. No. 48. 1913.*

Unter 118 Tuberculösen fand sich 18 mal Tuberculose des Larynx als Complication. Von der Pfannenstill'schen Methode, von Mesbépinselungen und -Inhalationen ebensowenig wie von Mallebrein wurde ein Erfolg gesehen.

SEIFERT.

2) **H. Krause** (San Remo). **Zur Therapie des Asthma bronchiale.** *Therapie der Gegenwart. Juli 1913 und Arch. ital. di laryngologia. Juli 1913.*

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er mit Anwendung des von O. Weiss hergestellten Asthmolysins gemacht hat. Er bezeichnet die Wirkung des Mittels als geradezu überraschend; sie tritt innerhalb 1 bis 6 Minuten ein und zwar war es nicht einmal nöthig, den ganzen Inhalt einer Ampulle zu verwenden, sondern es genügten schon meist zwei Theilstriche einer Pravazspritze, um einen vollen Effect zu sichern. Neben dem Adrenalin ist die wirksame Substanz in dem Präparat das Hypophysenhormon. Verf. stellt sich vor, dass das Hypophysenextract eine Sensibilisirung des Athmungscentrums oder der Bronchialmusculatur und eine Verstärkung der Adrenalinreaction bewirkt.

FINDER.

3) **J. C. Briscoe. Asthma.** *Journal of Vaccine therapy. Februar 1913.*

Nach Ansicht des Verf. bildet septische Resorption gewöhnlich von einem in den oberen Luftwegen gelegenen Herde aus den wichtigsten Factor in der Aetiologie des Asthmas. Unter 44 Fällen von Asthma war Zahnsepsis die Ursache in 9, Nasenpolypen in 10 und septische Zustände im Pharynx oder den Tonsillen in 3. Unter 15 mittels einer aus dem Sputum hergestellten Vaccine behandelten Fällen war eine Besserung zu verzeichnen in 12.

A. J. WRIGHT.



4) **A. Ephraim** (Breslau). **Zur Theorie des Bronchialasthmas.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 22. 1913.*

Verf. polemisirt in geistvoller Weise gegen die bisherige Auffassung des Asthmas als einer Organneurose. Er glaubt, dass die Asthmadisposition nicht „in einer krankhaften Beschaffenheit des Nervensystems und überhaupt nicht in diesem, sondern in einer anderweitigen materiellen organischen Erkrankung“ zu suchen sei. In dieser Beziehung hat er Folgendes beobachtet: Machte er Asthmatikern im absolut freien Intervalle eine endobronchiale Einstäubung von Adrenalin, so erhielt er jedesmal Expectoration eines mässig reichlichen, grauen, zähen Sputums, das vorher gänzlich gefehlt hatte und das sich bei mikroskopischer Betrachtung aus desquamirten, nekrotischen Bronchialepithelien zusammengesetzt erwies. Bei Nichtasthmatikern fehlte diese Reaction. Verf. sieht also in ihr, der chronisch desquamativen Entzündung der Bronchialschleimhaut, die Asthmadisposition. — Von ihr aus können innere (Zunahme des Desquamativprocesses, Schwellung der Schleimhaut, Hyperämie, abnorme energische Athmung, psychische Erregung u. a. m.) und äussere Ursachen zum asthmatischen Anfall führen. Sehr wahrscheinlich befindet sich daneben das Nervencentrum im Zustande erhöhter Erregbarkeit.

ZARNIKO.

5) **V. Delsaux** (Brüssel). **Die Behandlung der Ohren-, Nasen- und Kehlkopferkrankungen im Verlauf der Infectionskrankheiten und der acuten Exantheme.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 1218. 1913.*

Referat, gehalten in der gemeinsamen Sitzung der 15. und 16. Section des 17. internationalen medicinischen Congresses in London, August 1913.

D. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Der Arzt, der Gelegenheit hat, acute Infectionskrankheiten zu behandeln, kann sich heute nicht mehr der Pflicht entziehen, die Untersuchung dieser Kranken auch auf Nase, Ohren und obere Luftwege auszudehnen. Es wird daher nothwendig sein, so lange nicht durch Einführung der Oto-Rhino-Laryngologie in die Prüfung der Universitäten ihre Grundsätze allen praktischen Aerzten zugänglich gemacht werden, bei jenen Untersuchungen stets die Specialisten heranzuziehen. 2. Sind einmal im einzelnen Falle Complicationen von Seiten der Ohren, der Nase etc. festgestellt, so handelt es sich um die Behandlung derselben durch ein hierfür speciell geschultes Wartepersonal. Mangels desselben könnten auch vorübergehend ein in diese Fächer eingeweihter Arzt oder Mediciner mit der Frage betraut werden. 3. Die Aufsicht über die Behandlung jener Complicatinnen sollte nur dem competenten Specialisten überlassen bleiben. 4. Dringend muss in allen Fällen von acuten Infectionskrankheiten die Einleitung specieller Maassnahmen gefordert werden zur Verhütung der Ausbreitung der Erkrankungen in dem Kehlkopf, Nase, Rachen. 5. Wirkliche Erfolge werden nur durch erspriessliche Zusammenarbeit der praktischen Aerzte mit den Specialisten in der Erforschung der besten Methoden der Prophylaxe jener Complicationen zu erwarten sein. Namentlich hätten beide ihre Bemühungen behufs Vermeidung der Intoxication des inneren Ohres durch die bei acuten Infectionskrankheiten producirten Toxine zu vereinigen.

OPPIKOFER.

6) **F. Massei. Phlegmone der oberen Luftwege. (Flemmoni delle prime vie aeree.)** *Archivio ital. laringol. Juli 1913.*

Verf. schlägt folgende Classification vor:

Zuerst sind von den Phlegmonen der oberen Luftwege zu trennen das Larynxödem, sei es, dass es sich um eine blutig-seröse oder eitrige Infiltration handelt, sei es, dass es die Folge von Stauung oder Compression sei oder dass es secundär zu Geschwüren irgend welcher Art hinzutritt oder sei es schliesslich, dass es sich um ein einfaches angioneurotisches Oedem handelt.

Zweitens muss dem Rachen-Kehlkopferysipel ein besonderer Platz angewiesen werden, sei es primär oder trete es secundär zu der Hautaffection hinzu.

Drittens muss das Vorkommen eines primären Larynxerysipels anerkannt werden, welches häufig ohne jede Betheiligung des Pharynx einhergeht.

Viertens muss die Phlegmone des Pharynx, das Larynx und die combinirte Kehlkopf-Rachenphlegmone gesondert betrachtet werden und zwar müssen wir bei ihnen die gewöhnliche Form unterscheiden von der septischen, bei welcher die localen Erscheinungen bald in den Hintergrund gedrängt werden von den schweren Erscheinungen der Adynamie und Hypothermie und die meist in wenigen Tagen tödlich endet.

Ferner ist gesondert zu betrachten die suprahyoidale Phlegmone oder Angina Ludovici, bei der man jedoch eine relativ gutartige, der Behandlung zugängliche Form mit oder ohne Betheiligung des Kehlkopfs (collaterales Oedem und bisweilen spontane Entleerung des Ergusses durch die Membrana thyreohyoidea) unterscheidet von der schweren septischen Form, die in kurzer Zeit den Tod herbeiführt und zwar bisweilen ohne suffocatorische Symptome.

Besonders beschäftigt sich Verf. mit der pharyngo-laryngealen septischen Phlegmone, als deren Eigenthümlichkeiten er anführt, dass sie nur einen sehr kurzen Verlauf hat und fast immer mit Synkope endet. Sie geht meist von der Zungenbasis und den aryepiglottischen Falten aus, geht aber schnell auf die Tonsillen und den Isthmus faucium über.

CALAMIDA.

7) **R. Parreidt** (Leipzig). **Ueber die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. 1913.*

Unter Bezugnahme auf die Mittheilung Hahn's (diese Wochenschr. No. 18. 1913) weist P. darauf hin, dass in der zahnärztlichen Praxis der Thermokauter in einschlägigen Fällen schon lange und mit Erfolg als eines der Mittel Anwendung finde, um Blutungen auf hämophiler Basis zum Stehen zu bringen, dass er aber ebensowenig, wie alle anderen Therapeutica, immer zum Ziele führe, dass also ein Grund, ihn als besonders erfolgreich zu empfehlen, nicht vorliege.

HECHT.

8) **Ferdinand Trümmer. Ueber Ortizon.** Aus der Kgl. Univ.-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg (Vorstand: Prof. Seifert). *Münchener med. Wochenschr. No. 46. 1913.*

„Ortizon", von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie. in Elberfeld dargestellt, ist ein „festes, haltbares Wasserstoffsuperoxydpräparat mit etwa 30pCt. H_2O_2, das mit Hülfe von Harnstoff hergestellt wird". Es ist als granulirtes Ortizon,



als Ortizonwundstift — eine feste Verbindung mit dem ungiftigen Karbamid —, als Ortizontabletten und -Mundwasserkugeln im Handel vorräthig und hat sich bei ausgedehntester klinischer Prüfung als ein für die rhino-stomatologische Praxis gut verwendbares Mittel erwiesen. Insbesondere die Ortizonwundstifte haben sich als willkommene Neuerung zu Aetzungen bei Epistaxis, soweit sie durch Erosionen oder Ulcerationen hervorgerufen wird, bei Rhagaden am Naseneingang, sowie bei aphthösen Geschwüren im Munde und bei Perlèche bewährt. HECHT.

9) **H. Obermüller** (Mainz). **Ueber „Coagulen Kocher-Fonio", ein neues Blutstillungsmittel und seine Anwendung in der Rhinologie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 51. 1913.*

Das aus den im Thierblut enthaltenen gerinnungsfördernden Substanzen dargestellte Blutstillungsmittel, ein körniges, zuckersüssschmeckendes Pulver, fand in 10proc. Lösung, unmittelbar vor dem Gebrauch sterilisirt, nach Operationen im Gebiete der oberen Luftwege Anwendung und verhinderte fast immer die sonst nach Anwendung von Cocain und Nebennierenpräparaten auftretenden postoperativen Nachblutungen vollkommen. Auch als Therapeuticum zur Stillung spontaner Blutungen fand es erfolgreich Anwendung. Wenn auch einige der von O. einleitend erwähnten therapeutischen Anschauungen und Massnahmen, so insbesondere die von ihm noch geübte postoperative Tamponade bei ambulanter Behandlung, vielseitigen Widerspruch finden dürfte, so beeinträchtigt dies nicht das Verdienst, durch seine Versuche der Rhinologie ein neues Mittel empfohlen zu haben, das nach seinen Berichten durch Anwendung während und nach der Operation, die Zeitdauer der einzelnen Operationen abkürzen, das Operiren durch fast vollkommenes Fehlen der Blutung (s. B. submucöse Septum-, Siebbeinoperation, sowie Totalausräumung der Kieferhöhle) erleichtern dürfte und die Gefahr postoperativer Blutungen nahezu ganz beseitigt. Ein einfaches Aufspritzen der 10proc. Lösung mittels Spray oder Recordspritze genügt. HECHT.

10) **Ch. Flandin. Die Behandlung von Blutungen mit Emetin. (Le traitement des hémoptysies par l'émetine.)** *Presse médicale. No. 78. 1913.*

Das salzsaure Emetin hat sich dem Autor als ein souveränes Mittel gegen Hämoptoe bewährt. Bekanntlich verschwindet nach seiner Anwendung der blutige Zusatz aus den Stühlen bei Amöbendysenterie. Es scheint also dem Emetin ein styptischer Charakter allerersten Ranges innezuwohnen, der uns veranlasst, seine Anwendung auch bei Kehlkopfblutungen zu empfehlen. Wenn man bedenkt, wie unangenehm nach Operation eine stärkere Kehlkopfblutung ist und wie schwierig jede chirurgische Stillung einer Kehlkopfblutung ist, so ist leicht zu begreifen, dass namentlich bei Kehlkopfblutung die sogenannte allgemeine Therapie noch immer als die vorzüglichste Maassnahme gilt. Ohne eigene persönliche Erfahrung möchten wir, nur mit Rücksicht auf die guten Resultate, die Verf. bei der Hämoptoe mittels subcutaner Injection von je 4 cg salzsaurem Emetin erzielt hat, dieses ganz ungefährliche Mittel den Laryngologen nöthigenfalls in Erinnerung rufen. LAUTMANN.

11) **Gustav Dinolt** (Wien). **Zur Anwendung des Noviform in der Rhinologie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1913.*

Das Noviform ist „eine reizlose, secretionsbeschränkende (austrocknende), ungiftige Substanz, die in der Form der Gaze für die Rhinologie gut verwendbar ist“.

ZARNIKO.

12) **J. Puget. Das Menthol in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Le menthol en oto-rhino-laryngologie.)** *Dissert. Paris 1912.*

Das Menthol hat antiseptische und analgetische Eigenschaften und wird deshalb bei Erkrankungen der oberen Luftwege gern gebraucht. Doch darf es nicht kritiklos angewendet werden; so soll es beispielsweise, da es die Secretion der Schleimdrüsen der Nase anregt, bei denjenigen Rhinitiden, bei denen die Secretion stark vermehrt ist, nicht verschrieben werden. Im Ferneren soll der Arzt dieses Medicament bei kleinen Kindern nur mit Vorsicht gebrauchen.

OPPIKOFER.

13) **Beyer** (Cöln). **Ueber die Beziehungen des Perhydrolmundwassers zu den Perhydritmundwassertabletten.** *Aerztl. Viertelj.-Rundschau. No. 4. 1913.*

Der Vorzug der Perhydritmundwassertabletten vor dem Perhydrolmundwasser besteht in der handlichen Form, die jederzeit eine beliebig concentrirte Lösung herzustellen gestattet.

SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **H. Streit. Giebt es eine Beziehung zwischen der Mikrobenflora der Nase und des Mundes? (Existe-t-il un rapport de dépendance réciproque entre la flore bactérienne du nez et celle de la bouche?)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Nach St. ist die Mikrobenflora der Nase von der des Mundes verschieden, ja sogar die beiden Nasenhöhlen haben verschiedene Flora. Doch ist es auch möglich, dass die verschiedenen Mikroben sich gegenseitig beeinflussen. Verf. glaubt, dass noch weitere Forschungen nöthig sind.

LAUTMANN.

15) **Andereya** (Hamburg). **Fast völlige Atresie des rechten Nasenloches, operirt nach Walliczeck.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1912.*

Stenose infolge anderweiter galvanokaustischer Behandlung. Vergebliche Versuche mit anderen Methoden. Erst die Plastik nach Walliczeck führte zum Ziel. Ausserdem litt die Pat. noch an beiderseitiger chronischer Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung, die durch Radicaloperation beseitigt wurden.

ZARNIKO.

16) **E. E. Moore. Behandlung von Nasensynechien mittels Glimmerplatten. (Treatment of nasal synechiae with mica plates.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. December 1912.*

Verf. hat bei Verwachsungen zwischen unterer Muschel und Septum ein ausgiebiges Stück der unteren Muschel resecirt und dann eine Glimmerplatte

gegen das Septum gelegt. Diese Platte ist so dünn, dass man sie vom Septum kaum unterscheiden kaum, sie behindert den Secretabfluss nicht und wirkt nicht reizend. Die Vernarbung erfolgt so beiderseits in normaler Weise und das Wiederzusammenwachsen wird verhindert.

EMIL MAYER.

17) L. Frilley. **Ueber die verstümmelnde Syphilis der Nase. (Syphilis mutilante et térébrante du nez.)** *Dissert. Paris 1912.*

Schwerere Zerstörungen der Nase durch Syphilis sind in Folge der besseren Aufklärung und der eingreifenderen Therapie heute seltener geworden als früher. Immerhin kommen auch heute noch solche Fälle — Verf. theilt die Krankengeschichte eines derartigen Patienten mit — zur Beobachtung. Im Spital Saint-Louis sind mehrere solcher Kranker, die draussen wegen der Entstellung nicht ihr Brot verdienen können, als Spitalangestellte beschäftigt.

OPPIKOFER.

18) Levesque. **Tertiärerkrankung des Siebbeins und Oberkiefers. Tod durch Kachexie. (Accident tertiaire de l'éthmoïde et du maxillaire supérieur gauche. Mort par cachexie.)** *Revue hebdom de laryng. No. 31. 1913.*

Die Diagnose ist nur nach dem klinischen Befunde gemacht worden, die so evident erschien, dass die Wassermannreaction nicht vorgenommen worden ist. Jodkali brachte einige Besserung, hingegen scheiterte die Salvarsanbehandlung (0,40; 0,40; 0,50; 0,60) vollständig und ging Patient kachektisch zu Grunde.

LAUTMANN.

19) Mossé. **Zwei Fälle von maligner Syphilis der Nase mit Salvarsan behandelt. (Deux cas de syphilis nasale, à forme mutilante.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XVI. No. 4. 1913.*

Abgesehen von sonstigen schweren Localisationen der Lues, wobei die tertiären Symptome schon 60 Tage nach Beginn des Schankers, trotz einer energischen antisyphilitischen Kur auftraten, hatte Patient eine ausgedehnte gummöse Infiltration der linken Nasenhälfte, die das Septum, die untere Muschel und den Nasenflügel ergriffen hatte. Ohne jede Heilungstendenz widerstand die Lues jeder Behandlung. Erst eine Serie von 6 Salvarsaninjectionen (bis zu 0,60) brachte vollständige Heilung. Der zweite Fall betrifft ebenfalls eine maligne Lues des Schädels, die sogar 19 intravenöse Injectionen im Verlaufe von 15 Wochen nöthig machte, wobei mindestens 12 Einstiche zu je 0,90 Neosalvarsan gemacht worden sind. Patient blieb einen ganzen Monat nach der letzten Injection gesund und starb dann plötzlich offenbar an einer syphilitischen Hirnaffection.

LAUTMANN.

20) J. Gauthier. **Die Nasenfracturen bei den Boxern. (Fractures du nez chez les boxeurs.)** *Dissert. Paris 1912.*

Fracturen oder Luxationen der Nasenbeine sowie Brüche des Septums oder Septumabscesse sind bei Boxern nicht so selten. Sich selbst überlassen, führen diese Traumen zu unschönen Deformitäten, manchmal auch zu Septumverbiegung und dadurch zu Behinderung der Nasenatmung. Mittheilung von 17 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.



21) **L. Katz** (Ludwigshafen a. Rh.) **Ein Beitrag zur isolirten Fractur der Cartilago quadrangularis.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 791. 1913.*

Mittheilung eines Falles von isolirter Querfractur der Cartilago quadrangularis in Folge Schlags auf die Nase und nachgewiesen durch die submucöse Septumresection. Schwellung der Nasenspitze bei dieser Art von Fractur noch mehrere Tage nach der Verletzung. OPPIKOFER.

22) **Vignard, Sargnon, Bessière** (Lyon). **Beitrag zur Behandlung der Nasenbrüche. (Contribution à l'étude du traitement des fractures du nez.)** *Lyon médical. 10. August 1913.*

Die Verff. wenden eine gemischte Methode an, welche aus der endonasalen Durchtrennung der aufsteigenden Oberkieferäste besteht und dem Redressement der Nasenscheidewand mittels des Apparates von Martin. Die Fixation wird durch einen von aussen angelegten Apparat bewerkstelligt. GONTIER DE LA ROCHE.

23) **Sargnon. Zur Therapie der Nasenbrüche. (Contribution au traitement des fractures de nez.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Siehe Französische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie. Mittheilung von 2 Krankengeschichten. LAUTMANN.

24) **Zinsser. Ein einfacher Nasenersatz.** Mit 6 Abb. Aus der Klinik für Hautkranke der städt. Krankenanstalt Lindenburg Köln-Lindenthal. *Münchener med. Wochenschr. No. 49. 1913.*

„Auf dem IX. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien wurden von Hennig geradezu glänzende Nasenprothesen demonstrirt. Hennig ist auf die glückliche Idee gekommen, zu den künstlichen Nasen eine weiche Masse zu verwenden. Die Hennig'schen künstlichen Nasen haben gegenüber den bisher üblichen den Vorzug, dass sie nicht wie ein starrer Fremdkörper im Gesicht stecken, dass sie in ganz natürlicher Weise die mimischen Bewegungen des Gesichts mitmachen, dass der Uebergang von der Prothese zu der Haut ein fast unmerklicher ist und infolgedessen ein Nasenersatz geschaffen wird, der wirklich allen billigen Anforderungen entspricht. Da H. die Zusammensetzung der Masse, aus der er die Nasen formt, geheim hält und zu ziemlich theuren Preisen nur an diejenigen, die sich von ihm auch das Modell, nach dem die Prothese jedesmal angefertigt werden muss, herstellen lassen, abgiebt, ist für unsere arme Lupusklientel die Hennig'sche Nase unerreichbar.“ Nach diesen einleitenden Worten berichtet Zinsser über seine Versuche, eine ähnliche, geeignete Masse zu componiren, deren Endresultat recht befriedigend ausfiel und mit der es gelang, ausgezeichnete Prothesen herzustellen. Autor berichtet nun eingehend die Herstellung dieser Masse, deren Grundsubstanz Gelatine bildet, die Anfertigung einer entsprechenden Nasenform, in welcher die Prothese gegossen wird, die Befestigung der fertigen Prothese an dem Nasenrest des Kranken etc. Die Prothese kann mehrere Tage getragen und braucht auch während der Nacht nicht abgelegt zu werden. Die Kranken lernen selbst die Prothesen zu giessen und zu befestigen, die Masse kostet fast nichts und auch die Herstellung des Modells, nach welchem

die Prothese gegossen wird, ist nicht allzu schwierig. Bezüglich Technik und weiterer Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

25) **Herrenknecht. Ein einfacher Nasenersatz.** Zahnärztl. Univ.-Poliklinik Freiburg i. Br. *Münchener med. Wochenschr. No. 51. 1913.*

Unter Hinweis auf die Arbeit Zinsser's (cfr. Münchener med. Wochenschr. No. 49. 1913) giebt H. seiner Ansicht Ausdruck, dass das von Henning geheimgehaltene Verfahren wahrscheinlich identisch sei mit dem von dem Edinburger Chirurg Cathcart veröffentlichten Verfahren zur Nachbildung von Körpertheilen (Edinburgh med. journal. 1885/86. Bd. XXXI, Referat von Ritschel im Centralbl. f. Chirurgie. No. 19. 1890). Das Verfahren Cathcart's hat sich Autor seit mehr als 20 Jahren sehr bewährt. Verf. empfiehlt zur Herstellung von künstlichen Nasen die Verwendung der sog. Hartgelatine, die die deutschen Gelatinefabriken in Höchst a. M. herstellen, wodurch der Nasenersatz fester und widerstandsfähiger wird. Anschliessend noch einige technische Winke. HECHT.

26) **Wyatt Wingrave. Polypen. (Polypi.)** *Practitioner. August 1913.*

Verf. theilt die Polypen ein: in einfache, granulomatöse und neoplastische; die einfachen sind ödematöse Schwellungen, die in Folge chronischer Reizung entstehen, während die Granulationspolypen zurückzuführen sind auf einen localen infectiösen Zustand. Die Neigung der Schleimhaut zur Polypenbildung beruht auf dem Mangel an elastischen Fasern und Muskelfasern. A. J. WRIGHT.

27) **Wachter** (Breslau). **Ein Beitrag zur Casuistik solitärer Nasenpolypen.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Entfernung eines solitären gestielten Nasenpolypen (Fibroma oedematosum) von ungewöhnlicher Grösse. Als Ursprungsstelle wurde die Gegend der rechten Keilbeinhöhle angesprochen. W. SOBERNHEIM.

28) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ueber eine besondere Gruppe combinirter Nasen- und Nebenhöhlenpolypen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 537. 1913.*

Der Arzt sieht hin und wieder einseitige solitäre Nasenpolypen, die dünnstielig und deshalb nicht leicht zu entfernen sind, da sie der Schlinge ausweichen. Es sind zudem cystisch gebaute Polypen, die bei der Entfernung reichlich seröse Flüssigkeit entleeren und von keiner Blutung gefolgt sind. Eine Eiterung besteht nicht. Regelmässig folgt ein Recidiv. Diese Art recidivirender dünnstieliger und cystisch einseitiger Polypen hat nach den Erfahrungen von A., die sich auf drei Fälle stützen, nicht in der Nase, sondern in einer der Nebenhöhlen ihren Ursprung. Es ist nämlich A. aufgefallen, dass bei dieser speciellen Gruppe von Nasenpolypen die Durchleuchtung vom Gaumen aus eine Verdunkelung der Kieferhöhle ergab (die Röntgenuntersuchung dagegen zeigte normale Verhältnisse); als dann die Kieferhöhle eröffnet wurde, fanden sich in derselben Polypen. Nach A. stammen also nicht bloss die Choanalpolypen, sondern die ganze Gruppe solitärer einseitiger gestielter Pendelpolypen, die oft cystisch gebaut sind und ohne Eiterung auftreten, aus den Nebenhöhlen. Mittheilung der 3 Krankengeschichten. OPPIKOFER.

29) **O. Sippel. Beitrag zur Casuistik der Choanalpolypen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 709. 1913.*

An Hand von 7 Fällen aus der Poliklinik von Prof. Seifert und gestützt auf die Fälle in der Literatur kommt Verf. zu dem Schluss, dass der Chonalpolyp allerdings meistens in den Nebenhöhlen der Nase, vor allem in der Kieferhöhle, entspringt, dass es sicher aber auch Fälle giebt, wo diese Art von Polypen von der Nasenschleimhaut ausgeht.

OPPIKOFER.

30) **L. Castellani. Adenocarcinom der Nase mit Ausbreitung auf die Thränenwege. (Adeno-carcinoma nasale con diffusione alle vie lagrimali.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. 1913.*

Es handelte sich um einen 74jährigen Mann mit Verstopfung der rechten Nase; der rechte Conjunctivalsack stark hyperämisch und im inneren Augenwinkel eine von der Caruncula lacrimalis ausgehende erbsengrosse maulbeerartige Anschwellung. Keine Drüsenschwellung. In der rechten Nasenhälfte Polypen, die sich auch bei mikroskopischer Untersuchung als einfache Fibromyxome erwiesen; nach ihrer Entfernung jedoch kam eine grauröthliche, blutende, die Nase hermetisch verschliessende Geschwulstmasse zum Vorschein, die ihren Sitz im unteren Nasengang, an der unteren Muschel und im mittleren Nasengang hatte und sich als Adenocarcinom erwies. Auch die Geschwulst im Augenwinkel wurde als Adenocarcinom sichergestellt.

FINDER.

31) **David Deutsch. Primäres Adenocarcinom der Nase mit Durchbruch in die Schädelhöhle.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1913.*

Zu den 7 Fällen, die Verf. aus der Literatur zusammenstellt, bei denen bei bösartigen Geschwülsten der Nase Meningitis auftrat, fügt Verf. einen achten, der auf der Passow'schen Klinik zur Beobachtung gelangte.

Patient, 75jähriger Mann, war wegen „Polypen“ in einer Privatpoliklinik operirt worden, wurde wegen starker Blutung eingeliefert. Es bestand Bewusstlosigkeit, Nackensteifigkeit und Kernig'sches Symptom. Nach 2 Tagen Exitus.

Bei der Section fand sich eine von der rechten mittleren Muschel ausgehende Geschwulst, die das ganze Dach der rechten Nasenhöhle ausfüllte, auf das Septum übergriff, dasselbe durchwachsen hatte, um auf der linken Seite in Form eines grauweissen, markigen, gelappten, polypähnlichen und beweglichen Tumors von kleiner Pflaumengrösse zum Vorschein zu kommen. Mikroskopische Untersuchung ergab Adenocarcinom.

FINDER.

32) **H. Röhr** (Berlin). **Ein Fall von Oberkiefercarcinom, behandelt durch Resection des Oberkiefers.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 7. S. 38. 1913.*

Es handelte sich um ein Plattenepithelcarcinom bei 65 Jahre alter Frau, bei der bereits früher von anderer Seite die Denker'sche Operation ausgeführt worden war. Nun Oberkieferresection: $1^1/_2$ Jahre später Gegend der früheren Kieferhöhle recidivfrei, hingegen krebsiges Drüsenpaket auf der rechten Halsseite.

Die verschiedenen Theorien, welche das Vorkommen eines Plattenepithel-

krebses in der normaler Weise cylinderepitheltragenden Kieferhöhlenschleimhaut erklären können, werden besprochen und dann Diagnose, Prognose und Therapie des Oberkiefercarcinoms eingehend geschildert.

OPPIKOFER.

33) **Wisotzki** (Danzig). **Ueber das Carcinom der Stirnhöhle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. 1913.*

Ein 54jähriger Mann erkrankte unter den Erscheinungen eines Stirnhöhlenempyems. Nach Entleerung des Eiters kam man auf einen Tumor, der ausgeräumt wurde. Darnach Besserung, aber bald Recidiv und im Anschluss daran Meningitis und Hirnabscess, Exitus. Wahrscheinlich ist der Entwicklung des Cancroids eine Umänderung des Cylinderepithels in Plattenepithel vorausgegangen.

SEIFERT.

34) **Edwin A. Griffin. Cystischer Polyp im Nasenrachen eines Kindes. (Cystic polypus in the nasal pharynx of a child.)** *Medical record. 10. Mai 1913.*

7jähriges Kind. Verf. wollte das Kind wegen Adenoiden, deren Vorhandensein er annahm, operiren; der in den Nasenrachen eingeführte Finger fühlte eine grosse fluctuirende Masse. Es gelang, mit dem Finger einen grossen cystischen Polypen zu enucleiren, der an einem langen fibrösen Stiel befestigt war. Bei einer Nachuntersuchung fand sich Nase und Nasenrachenraum völlig frei.

EMIL MAYER.

35) **E. Oppikofer** (Basel). **Ueber die primären malignen Geschwülste des Nasenrachenraumes.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Ausführliche Mittheilung von 21 in den letzten 18 Jahren an der Baseler otolaryngologischen Klinik beobachteten Fällen.

W. SOBERNHEIM.

36) **L. Pauliac. Beitrag zum Studium der Sarkome des Retronasalraumes. (Contribution à l'étude des sarcomes du naso-pharynx.)** *Dissert. Paris 1911.*

39 Jahre alter Mann mit Rundzellensarkom des Nasenrachens: behinderte Nasenathmung, Schluckbeschwerden. Keine Drüsenschwellung. Im späteren Stadium Kopfschmerzen. Ohrbefund nicht erwähnt. Operation auf nasomaxillarem Wege; Recidiv. Tod. Keine Section.

Verf. fand 78 Fälle von Sarkomen des Retronasalraums in der Literatur.

OPPIKOFER.

37) **R. C. Dorr. Sarkom des Nasenrachens. (Sarcoma of the naso-pharynx.)** *Journ. of the Arkansas med. society. December 1913.*

12jähriges Mädchen; eitrige Absonderung aus der linken Nase und linksseitiger Exophthalmus; weicher Gaumen nach vorn gedrängt. Ein im Nasenrachenraum sitzender und am Proc. basilaris und dem Septum anhaftender Tumor wurde durch Fingerenucleation entfernt. Mikroskopische Diagnose: Riesenzellensarkom. Häufige Recidive, die jedesmal entfernt wurden. Die allgemeine Gesundheit bisher nicht sehr in Mitleidenschaft gezogen.

EMIL MAYER (L. JACOBS).



c) Mundrachenhöhle.

38) **Mejer-Noson Klatschko. Ueber das Verhältniss der weissen Blutkörperchen in der Tonsille und ihre Diapedese.** *Inaug.-Dissert. Königsberg 1913.*

Das Wesentliche aus den Schlussfolgerungen der aus der Gerber'schen Klinik hervorgegangenen Arbeit ist Folgendes:

1. Die Leukocyten scheinen zu diapediren nur auf einen Reiz, sei es toxischer Art, durch Entzündung hervorgerufen, sei es chemischer Art. Die Diapedese scheint keine permanente zu sein und klingt sofort nach dem acuten Stadium der Entzündung ab.

2. Es wandern aus den Tonsillen permanent hauptsächlich Lymphocyten aus, und zwar sowohl in grossen als auch in kleinen Mengen. An manchen Stellen sah Verf. einen continuirlichen Lymphocytenstrahl, wobei das Epithel sich an die Seite geschoben hatte.

3. Die Auswanderung der Plasmazellen, die überall vereinzelt diapediren, ist kein activer, sondern ein passiver Vorgang. Sie werden bei der Durchwanderung der Lymphocyten dank der Auflockerung der Epithelzellen zur Oberfläche mitgerissen. Daher erklärt sich auch ihr vereinzeltes Vorkommen in den Ausstrichpräparaten.

4. Die Oberfläche der Tonsille ist von einer Bacterienflora bedeckt. Die Kokken und Bacillen finden sich auch reichlich in den Cryptenlumina vor.

Die Pathogenität der hier gefundenen Mikroorganismen ist eine sehr verschiedene, wir finden nämlich neben gänzlich avirulenten Keimen auch solche von hoher Virulenz vor.

Nimmt Zahl und Virulenz der pathogenen Mikroorganismen zu, so erfolgt gewöhnlich als Reaction eine stärkere mikroskopisch leicht nachweisbare Auswanderung der weissen Blutzellen. Dieses Zusammentreffen von Ursache und Wirkung konnte bei allen darauf gerichteten Beobachtungen überzeugend nachgewiesen werden. Daraus scheint hervorzugehen, dass die Diapedese keineswegs als ein indifferenter Vorgang zu betrachten ist.

FINDER.

39) **Pollitzer** (Wien). **Zur Kenntniss der Beziehungen zwischen Niere und Tonsille und zur Diagnose occulter tonsillogener Nierenläsionen.** *Med. Klinik. No. 51. 1913.*

Wenn man bei allen Jugendlichen ausser der Eiweissreaction im Harn auch die Chondroitsäurereaction anstellt, wird man in vielen Fällen, bei denen die chronische Nierenläsion bisher sich der Beobachtung entzog, eine solche nachweisen können. Dann wird man, sei es durch systematische Schlitzung und Massage der Tonsillen, in hartnäckigeren Fällen aber gewiss durch die Tonsillektomie, oft wohl unterstützt durch Abhärtungsmaassregeln und eventuell durch Versetzung eines Jugendlichen in ein minder infectiöses Klima, für die Jahre der Pubertät, nicht selten späterem Unheil vorbeugen können.

SEIFERT.

40) **H. Kosokabe** (Fukuoka). **Ueber die Albuminurie bei den acuten Tonsillenentzündungen.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. meint, dass das Durchtreten von Körpereiweiss mit dem Fieber nicht

in engem Zusammenhang steht. Die in fieberfreier Zeit gefundene Albuminurie beweist, dass die Nierenentzündung bis nach dem Nachlassen des Fiebers fortdauert. Hämaturien konnten nie, Harncylinder nur spärlich gefunden werden. Die Häufigkeit des Leidens bei Frauen und Männern war 62 : 38; am häufigsten war das 21.—30. Lebensjahr beteiligt; bei 72 pCt. der Fälle fand sich Albuminurie; am 7. Tage der Erkrankung fand sich die höchste Temperatur. Die Nierengegend zeigte sich nie druckempfindlich.

W. SOBERNHEIM.

41) **Ajutolo. Ueber einen seltenen Fall von epistaphyliner Mandel. (Sur un cas singulier d'amygdale épistaphyline.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Bei einem 6 jährigen Kinde zwickte Verf. während der Adenektomie zufällig die Spitze der Uvula ab. Ein Jahr später wurde das Kind wegen Athemstörung wieder vorgeführt. Die Ursache war ein Tumor, der von der Oberfläche des Velums gestielt ausging und neben dem Zäpfchen hing. Verf. hält es für adenoides Gewebe und bringt dessen Entstehung mit dem obenerwähnten Trauma in Beziehung. Gleichzeitig macht der Verf. darauf aufmerksam, dass bei Kindern mit Adenoiden die Kopfhaare oberhalb der Stirne unregelmässig in Büschelform wachsen.

LAUTMANN.

42) **Citelli. Eine besondere syphilitische Affection der Gaumenmandeln. (Sur une lésion syphilitique spéciale des amygdales palatines.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Es handelt sich um eine besondere Form von Mandelschwellung, die Verf. bisher nur in zwei Fällen gesehen hat. Die Mandeln sind wie fungös, scheinbar im ganzen geschwollen, mit glatter Oberfläche, nur von schwach rosafarbenem, kaum opalinem Anblick. Eine genaue histologische Untersuchung hat Verf. nicht machen können, weil es sich um Privatpatienten gehandelt hat.

LAUTMANN.

43) **Riedel** (Jena). **Ueber die Tonsillektomie bei Kindern.** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1913.*

Verf. bespricht kurz die Pathologie der Tonsillen, bekennt sich als Anhänger der „Radical-Operation", lässt aber immer „ein Stückchen Mandel im unteren Theile der Mandeltasche stehen." Verf. schildert die Entwicklung des benötigten Instrumentariums, das ihm nicht geeignet erschien, so dass er sich „ganz colossale schwere Pincetten und ebenso lange Knopfmesser machen liess," mit denen er in tiefer Narkose unter Hilfe von „zwei eingeübten Assistenten" klinisch die Operation vornimmt. Dabei wird nach Entfernung der einen Mandel die Narkose unterbrochen, das Kind, Kopf tief vorne über, aufgesetzt, damit das Blut abfliessen kann und dann, nach erneuter Narkose, die zweite Mandel exstirpirt. Verf. lässt dem Referat Goerke's auf dem Laryngologenkongress volle Würdigung widerfahren, ebenso der Anwendung der localen Anästhesie auch bei Kindern, hat es „aber nicht nachgemacht." Von dem Versuch, eine Tonsillektomie bei acuter Tonsillitis vorzunehmen, ist Verf. mit Recht wieder abgekommen. Bei der derzeitigen Vervollkommnung der Technik, die eine radicale Operation unter

Localanästhesie bei Erwachsenen und Kindern ohne einen derartig grossen Apparat an klinischer Assistenz ermöglicht, dürfte Verf. wohl keine Nachahmung seiner Operationsmethode finden.

HECHT.

44) **Max Goerke** (Breslau). **Zur Tonsillektomiefrage.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1913.*

Vielfach wird die von Brieger und seinen Schülern verfochtene „Abwehrtheorie“ als ein Argument gegen die Entfernung der Tonsillen ins Feld geführt. Verf. weist nach, dass diese Auffassung irrig ist und aus seinen früheren Schriften nicht hergeleitet werden kann. Er habe im Gegentheil für viele Fälle die Tonsillektomie ausdrücklich gefordert. Contraindicirt sei die Operation bei Kindern unter 12 Jahren, weil hier die physiologische Function der Tonsillen noch nicht erschöpft sei. Auch sonst will Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren die Indicationen nach Möglichkeit eingeschränkt wissen. Doch sei die Operation und zwar die radicale Entfernung der Tonsille sammt der Kapsel nothwendig in den Fällen, wo der causale Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der Tonsille und anderer Organe erwiesen sei. Die Operation hält Verf. für technisch sehr einfach. Er operirt nach reichlicher Suprareninnovocaineinspritzung mit der Hopmannschen Scheere und dem eingeführten-Finger (!). Danach bleibt der Operirte 2 bis 3 Tage in der Klinik. Ueber Blutungen und Nachblutungen hat Verf. nicht zu klagen, ebensowenig über postoperative Störungen. Die Resultate sind ausgezeichnet.

ZARNIKO.

45) **Gottfried Trautmann** (München). **Die Technik der extracapsulären Totalexstirpation der Tonsille.** Mit 3 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 40. 1913.*

Verf. bespricht zunächst eingehend die anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse und bespricht den Unterschied zwischen intra- und extracapsulärer Tonsillenoperation. Verf. verwirft die intracapsuläre Operation wegen ihrer Unvollständigkeit und Blutungsgefahr und weist darauf hin, dass nach einem bogenförmigen Scalpelschnitt von unten nach oben durch die Plica triangularis — die Verf. als „Praeputium“ bezeichnet — direct neben dem Rand des angespannten vorderen Gaumenbogens die Kapsel der Tonsille bequem zugänglich wird. Nun kann man leicht zwischen vorderem Gaumenbogen und Kapsel lateralwärts eingehen und — ohne irgend eine Dislocation der Tonsille durch Zug usw. vorzunehmen — die Tonsille stumpf lateralwärts und nach hinten zu loslösen, bis man einen Einblick in die Tonsillenbucht erhält. Nun fasst man die Tonsille lateral (nicht oral!) mit einer Muzeux'schen Zange, zieht sie nach vorne und unten und löst sie entweder digital oder stumpf — instrumentell von der Hinterwand ab. Dadurch vermeidet man eine Verletzung der an der Hinterwand zwischen Musc. constrictor pharyngis und palatopharyngeus befindlichen Venen. Die ganze Tonsille mit ihrer Kapsel hängt nun mit ihrem „Praeputium“ am seitlichen Zungengrund und wird nun mit einem Scheerenschlag durch das „Praeputium“ von der Insertion an der Zunge abgetrennt. Wichtig für die Operation ist es, dass man durch den Patienten selbst oder durch einen Assi-

stenten mittels rechtwinklig abgebogenen Spatels die Zunge kräftig herunterdrücken lässt, wodurch sich der vordere Gaumenbogen anspannt und der Ansatz der Plica triangularis scharf hervortritt. Ref. verwirft die Allgemein-Narkose und empfiehlt die Anwendung der Localanästhesie durch subepitheliale, nicht submucöse, Infiltration des weichen Gaumens und der Gaumenbögen mittels 5 g einer 2proc. Novocain-Suprarenin-Lösung, sowie gründliche Cocainisirung der hinteren Rachenwand, Zungengrund und Epiglottis. Verf. operirt jeweils nur eine Tonsille in einer Sitzung mit Rücksicht auf die starken postoperativen Schluckbeschwerden und die erschwerte Nahrungsaufnahme. Bezüglich weiterer Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

46) **Parmentier. Indicationen zur Abtragung der Mandeln. (Opportunité de l'ablation des amygdales.)** *Le Progrès médical belge. No. III. 1913.*

Verf. drückt sich dahin aus, dass die Indicationen zur Tonsillektomie sich nicht auf die Formel zurückführen lassen: Grosse Tonsillen = Tonsillektomie. Es müssen vielmehr stets plausible Gründe vorhanden sein; hat man sich zur Operation entschlossen, so muss sie mit aller Sorgfalt vorgenommen werden und die Patienten nicht ambulant behandelt werden.

Autoreferat.

47) **F. H. Farrell. Lehren aus einem Fall von Mandel- und Adenoidoperation. (Lessons from a case of tonsil and adenoid operation.)** *New York state medical journal. December 1912.*

13jähriger Knabe; es wurde ihm eine Stunde nach der Aufnahme ins Hospital eine Injection von Morphium und Atropin gemacht. Es wurde dann Tonsillektomie (mittels Ablösung und Schlingenabtragung) und Adenotomie in Aethernarkose gemacht; die Athmung während der Operation war flach, die Haut cyanotisch und bald trat der Exitus ein.

Verf. sagt: „Es war nicht die Ueberfüllung von Magen und Darm allein, nicht die prolongirte Anästhesie allein, nicht die Blutung allein, nicht das Antitoxin allein, sondern eine Combination dieser und möglicherweise noch anderer Factoren, die den Tod herbeiführten."

EMIL MAYER.

48) **W. Edwards Schenck. Ein neues Tonsillektom. (A new tonsillectome.)** *Journ. amer. med. association. 15. März 1913.*

Das Instrument des Verf.'s ist eine Drahtschlinge, die mittels einer Stellschraube zugezogen werden kann.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

49) **Markl** und **Felix Pollak. Kritisch-experimenteller Beitrag zur Differentialdiagnose der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen nebst Beobachtungen über das Vorkommen derselben im Rachen Gesunder.** Aus dem staatl. Laboratorium für med. Diagnostik in Triest. *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1913.*

Recapitulirt man die Ergebnisse der Arbeit, so kann man das Wichtigste in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Im Nasenrachensecrete von 91 gesunden Personen, bei welchen keine Berührung mit Diphtheriekranken nachweisbar war, wurden mittels der Tellurplatte in vier Fällen hochvirulente Diphtheriebacillen nachgewiesen.

2. In sechs Fällen wurden Bacillen gefunden, welche sich von den Diphtheriebacillen nur durch ihre Avirulenz unterschieden und daher als avirulente Diphtherie- oder echte Pseudodiphtheriebacillen bezeichnet wurden. 18 mal wurde ein mit dem Hofmann'schen Pseudodiphtheriebacillus identisches oder verwandtes, kurzes, diphtherieähnliches Stäbchen isolirt.

3. Für die Auffindung und Isolirung der genannten Keime leistete die Tellurplatte vorzügliche Dienste.

4. Zur Unterscheidung der Diphtheriebacillen von den verschiedenen diphtherieähnlichen Mikroorganismen hat sich keines der angegebenen morphologischen Merkmale und keines der geübten älteren oder vorgeschlagenen neueren Verfahren als ausnahmslos gültig und in allen Fällen für sich allein zur Diagnose ausreichend bewährt, sondern es bedurfte dazu wiederholt der Concurrenz mehrerer Kriterien.

FINDER.

50) H. Kleinschmidt. **Ueber Hautdiphtherie mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung.** Mit 1 Abb. Aus der med. Klinik zu Marburg (Director: Geh. Rath Prof. Matthes). *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1913.*

Bericht über einen Fall von Hautdiphtherie in der unmittelbaren Umgebung des Anus bei gleichzeitig bestehender nekrotisirender Entzündung der Mundschleimhaut. Aus dem Analgeschwür wurden wiederholt virulente Diphtheriebacillen gezüchtet, in Nase, Rachen und Mund waren solche nicht nachweisbar. Die nach jeder Richtung hin leichte Erkrankung des Patienten (10 Monate alter Säugling) heilte ohne jede Therapie innerhalb 17 Tagen vollständig ab. Die Blutuntersuchung des Patienten ergab 3 Wochen nach der Erkrankung 10 A.-E. (Antitoxineinheiten) in Kubikcentimeter Serum, eine Menge, wie sie bisher noch niemals im Anschluss an eine Diphtherieerkrankung auch nur annähernd nachgewiesen worden ist, nach 10 Wochen 1 A.-E. Dieser Fall beweist, dass auch der menschliche Säugling bereits die Möglichkeit starker Antitoxinbildung besitzt, dass ein relativ hoher Antitoxinwerth auch durch eine leichte Erkrankung erzeugt werden kann und dass spontan jedenfalls das möglich ist, was wir als Ziel einer brauchbaren activen Immunisirung hinstellen, nämlich hohe Antitoxinbildung bei verhältnissmässig geringer Local- und Allgemeinreaction. Des weiteren erörtert Autor die Art und Methode des Antitoxinnachweises und die einschlägige Literatur.

HECHT.

51) Wilhelm Eichholz (Darmstadt). **Die Vermeidung der Anaphylaxiegefahr durch eine neue Art der Seruméinverleibung (injectionsfertiges Trockenserum).** Mit 4 Tab. Aus der bakteriol. Abtheilung der chemischen Fabrik von E. Merck in Darmstadt (Vorstand: Dr. G. Landmann). *Münchener med. Wochenschr. No. 46. 1913.*

Das injectionsfertige Trockenserum wird in der Weise hergestellt, dass man genuines Immunserum unter sterilen Kautelen bei niederer Temperatur trocknet, das Trockenserum sehr fein mahlt und das so entstandene staubfreie Pulver in

sterilem Olivenöl aufschwemmt. Man erhält so eine ölige Flüssigkeit, die bei Zimmer- und Körpertemperatur dünnflüssig genug ist, um mit den gewöhnlichen Injectionsspritzen leicht aufgezogen und eingespritzt werden zu können. Trotzdem es keinerlei Conservirungsmittel enthält, ist es dank seiner absoluten Wasserfreihet unbegrenzt haltbar; gegen die schädliche Einwirkung des Luftsauerstoffes wird es durch die darüber befindliche Oelschicht geschützt. Dieses Verfahren, ursprünglich bestimmt für Sera, die jahrelang an exponirten Punkten stets vorräthig aufbewahrt werden müssen oder für den Tropenversand angefertigt werden, bietet uns auch Sera, die keine oder jedenfalls nur geringe anaphylaktische Erscheinungen auslösen: Denn dem Abbau des Serumeiweisses muss nothwendigerweise die Auflösung und Resorption des Trockenserums vorangehen, sodass eine plötzliche Ueberschwemmung des Organismus mit Eiweissspaltungsproducten unmöglich ist. Ist Gefahr im Verzug, so wird man nach wie vor am besten das flüssige Serum, wie bisher, intravenös einspritzen; bei subcutaner oder intramuskulärer Injection dagegen wird man mit dem injectionsfertigen Trockenserum eine fast ebenso rasche Wirkung erzielen wie mit dem flüssigen Serum. Die Verzögerung der Wirkung wird in diesem Falle etwa eine Stunde betragen. Uneingeschränkt indicirt ist das Trockenserum überall da, wo keine Gefahr im Verzug ist, also in erster Linie bei prophylaktischen Serumeinspritzungen und da, wo das Bestehen von Serumanaphylaxie vermuthet wird. Die einschlägigen Thierversuche sind in der Arbeit eingehend geschildert.

HECHT.

c) Kehlkopf und Luftröhre.

52) **Thost. Eine Reihe von Röntgenaufnahmen des erkrankten Kehlkopfs. (Une série de radiographies du larynx pathologique.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Die Röntgenuntersuchung des Kehlkopfs kann Aufschluss ertheilen in vielen Fällen: Form und Stellung, Verknöcherung, Verhältniss des Kehlkopfs zur Wirbelsäule, Veränderungen in der Gicht, in der Tuberculose (unregelmässige Kalksalzablagerung) sind auf der Röntgenplatte zu erkennen. Auch zur Diagnose des Krebses ist die Durchleuchtung nutzbar. Verf. hat 200 Radiographien angefertigt. Genaueres findet sich in No. 31, Supplementband zu Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, bei Lucas Gräfe u. Sillem, Hamburg.

LAUTMANN.

53) **Josef Némai** (Budapest). **Menschen- und Thierstimme in ihrem Verhältniss zum anatomischen Bau des Kehlkopfs. Zweite Mittheilung aus vergleichend-anatomischen Untersuchungen des Kehlkopfs.** *Fränkel's Arch. f. Laryng Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. geht des näheren auf den Musculus cricothyreoideus ein, auf die Lücke der Stimmritze (Abbildung von Hirsch, Wildschwein und Wildkatze), auf den Aryknorpel. Diese interessanten vergleichenden Dinge müssen im Original nachgelesen werden. Es wird gezeigt, wie mit der hohen Entwicklung des eingeschobenen Stimmwerkzeuges der Luftweg relativ eng wird. Die stimmliche Mehrwerthigkeit des Kehlkopfes hat einer Minderwerthigkeit für die Inspiration Platz gemacht.

W. SOBERNHEIM.

54) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Bemerkung zu der Arbeit von Dr. J. Némai: Vergleichend-anatomische Studien am Kehlkopfe der Säugethiere.**

55) **Némai** (Budapest). **Erwiderung auf vorstehende Bemerkung No. 54.**

Die Bemerkung bezieht sich im grossen und ganzen auf die Priorität der Beschreibung des Brückenligaments.

W. SOBERNHEIM.

56) **Thooris. Untersuchungen über die Stimme. (Essais sur la voix.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Der Autor setzt seine phonetischen Studien fort. Diesmal untersucht er die Bewegungen des crico-arytänoiden Gelenkes. Wie gewöhnlich bei den Thoorisschen Untersuchungen ist zum Verständniss eine gute mathematische Vorbildung nöthig.

LAUTMANN.

57) **F. Wethlo. Die Schwingungen der Stimmlippen.** *Stimme VII. S. 329. August 1913.*

Verf. hat bekanntlich Versuche mit den Ewald'schen Polsterpfeifen gemacht und dabei gefunden, dass bei Vermehrung des Drucks in den Polstern (entsprechend stärkerer Internusspannung) die Tonhöhe steigt, beim Verstärken des Anblasestroms dagegen sank sie im Gegensatz zu den Lehren von J. Müller. Er hält daher eine Nachprüfung des Gesetzes von J. Müller „von der Compensation der Kräfte am menschlichen Stimmorgan" für nöthig. Die Polsterlippen ertönen auch, wenn sie im Ruhezustand nicht schliessen, doch zeigen sie dann stroboskopisch eine Phase des Verschlusses. Die Stimmlippenbewegung ist gegenschlagend wie bei der Polsterpfeife.

NADOLECZNY.

58) **v. Pap-Stockert. Die Register der menschlichen Stimme.** *Stimme VII. S. 129. Februar 1913.*

Schwingungsunterschiede an den Stimmlippen genügen Verf. nicht zur Erklärung des Unterschiedes zwischen Brust- und Falsettstimme. Daher hat sie aus subjectiven Muskelempfindungen eine Theorie geboren: Bei Tiefstellung des Kehlkopfs (Brustregister) bewirken die aussenliegenden, bei Hochstellung (Mittel- und Kopfstimme) die innenliegenden Muskeln die Spannung. Theilweise Hebung des Kehlkopfs schalte die vorderen Spannmuskeln, Hebung des ganzen Larynx die rückwärtigen, Tiefstellung die inneren Spannmuskeln aus. Wo der Kehlkopf hoch steht, fehlt das Brustregister, wo er tief steht, die Mittelstimme u. s w. Durch Athemtechnik wird das (arme! Ref.) Zwerchfell hinaufgeschoben und Luftröhre und Kehlkopf von unten unterstützt und gehoben = Appogio. Richtig ist nur die alte Erklärung des Registerbruchs durch unvermittelten Uebergang von einer Muskelthätigkeit zur anderen.

NADOLECZNY.

59) **W. Reinecke. Die Register der menschlichen Stimme.** *Stimme VII. S. 285. Juni 1913.*

Verf. wendet sich mit Recht gegen v. Pap-Stockert, und zwar auch gegen die Hypothese der Empfindungsunterschiede bei Spannung verschiedener Larynxmuskeln und ganz besonders gegen die angebliche Zwerchfellhebung. Er legt dar, dass im Brustregister der Vocalis, im Falsett der Externus als Spanner wirken.

In einer weiteren Erwiderung stellt v. Pap-Stockert die alten Behauptungen ohne Beweise und ohne Eingehen auf die physiologischen Thatsachen von Neuem auf.

NADOLECZNY.

60) **Hugo Stern. Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. 1913. Bd. 47. H. 10. S. 1283.*

Verf. veröffentlicht sein Schema, wonach er functionelle Stimmstörungen untersucht: Anamnese. Subjective und objective (sichtbare) Symptome. Hierauf folgt die Untersuchung der Function von Athmung und Stimme (Umfang, Register, Stärke, Continuität, Intonation), ferner der Stimmeinsatz, Mitbewegungen, die Qualitäten der Stimme, deren Eintheilung indess entsprechend der auf diesem Gebiet herrschenden Unklarheit noch nicht ganz befriedigt. Bewegungen der Stimmlippen und des ganzen Larynx. Resonanzverhältnisse sowie Articulationsbewegungen werden (letztere etwas kurz) erörtert. Die Methoden des klinischen Ausgleichs sind nach Flatau und Gutzmann dargestellt. Am Schluss findet sich eine Rubrik Gesangsmethode und eine weitere über musikalisches Gehör und Empfinden, die dem Ref. recht wichtig erscheint. Eine kurze Besprechung der Therapie (Allgemeinbehandlung, Athemübungen, Beseitigung von Articulationsfehlern, Einsatzdefecten, ferner Flatau's passive Stauungsmethode, Ausgleichsmethoden). Bezüglich der Velumbewegung glaubt Verf., das Gaumensegel schliesse beim Falsett und bei der Voix mixte nicht ganz dicht ab und vibrire leicht mit. Schliesslich tritt Verf., wie schon früher, für die stark angefeindete Staumethode beim Singen ein. Die Veröffentlichung ist lehrreich und dankenswerth.

NADOLECZNY.

61) **Th. S. Flatau. Zur Physiotherapie der functionellen Stimmstörungen.** *Stimme. VII. S. 205. Juni 1913.*

Nach einer kurzen Besprechung der üblichen Flatau'schen Ausgleichsmethoden zeigt Verf. einen transportablen Apparat zur elektromechanischen Tonbehandlung (Sirene mit einstimmbarer Faradisation). Er beschreibt dann einen Apparat zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen, deren Frequenzen durch die Entladungen in der Funkenstrecke des Unterbrechers berechnet werden, indem man die Zahl der Entladungen pro Minute mit jener der Contacte und mit der Umdrehungszahl multiplicirt. Ein weiterer Apparat dient zur Verwendung von sinusoidalen Wechselströmen, die den Tonschwingungen entsprechend bei hoher Frequenz und niederer Spannung (40—50 Volt) verwendet werden. Die Periodenzahlen können durch einen Frequenzmesser gemessen werden. Die Stromstärke bleibt möglichst gleich.

NADOLECZNY.

62) **Th. S. Flatau. Functionelle Stimmstörungen, Phonasthenie, functionelle Stimmschwäche.** *Stimme. VIII. S. 1. October 1913.*

Die Stimmschwäche ist ein Theilgebiet der functionellen Störungen. Zuerst fallen zartere Bewegungen aus oder werden wenigstens unwirksam (Pianoverlust, Detoniren nach unten beim Pianoeinsatz). Sind schon gröbere Leistungen gestört, so kommt es zu habitueller Ueberarbeit mit Neigung zum Detoniren nach oben (Forte) und consecutiver Ermüdung, Uebermüdung bis zum Schmerz. Störungen

in der Toncontinuität und Tremoliren kommen dazu. Ferner Parästhesien über das ganze Ansatzrohr bis zur Nase, wo sie zu unmotivirten Operationen Anlass geben können. Zur Untersuchung empfiehlt Verf. das Kehlkopfstethoskop, mit dem man die feinsten Intonationsstörungen hören und den Patienten mithören lassen kann. Die Prognose hängt bekanntlich ab vom phonischen Ausgleich, d. h. „von der Möglichkeit, durch äussere Einwirkungen die functionelle phonische Störung vorübergehend ganz oder theilweise auszuschalten". Ueber die anzuwendenden Methoden, die Häufigkeit und Dauer ihrer Applikation, sowie die Zeitdauer der Behandlung giebt Verf. einen kurzen Ueberblick.

NADOLECZNY.

63) **E. N. Maljutin** (Moskau). **Stimmgabelharmonium und dessen Anwendung zur Stimmbildung und Stimmbehandlung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Ueber das Wesen der Stimmbehandlung und Stimmbildung hat Verf. in früheren, im Archiv für Laryngologie erschienenen Arbeiten berichtet. Jetzt hat er die Methode vervollkommnet, dadurch, dass er ein ganzes System aus drei durch einen Ständer mit einander verbundenenen Stimmgabeln construirte. Durch Ausschalten kann man bald die eine, bald die andere Stimmgabel ertönen lassen. Ein Phonendoskop steht hiermit in Verbindung. Man kann die Uebungen in verschiedenen Tönen in beliebigen Wechselbeziehungen anordnen. Die Töne haben eine ununterbrochene Tonreihe von A bis A'. Die Stimmgabeln sind wie die Saiten des Klaviers, die Contacte wie die Claviatur mit weissen und schwarzen Tasten angeordnet.

W. SOBERNHEIM.

64) **Emil Mayer** (New-York). **Primäres Carcinom der Epiglottis nebst Bericht über einen in Schwebelaryngoskopie operirten Fall.** *Fränkel's Archiv für Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

In diesem Falle gelang es, nachdem der Beginn und die Entwicklung genau beobachtet worden war, durch frühzeitige Amputation der Epiglottis mittels an langem Griff befestigten Messers in Schwebelaryngoskopiestellung den Tumor so radical zu entfernen, dass die berechtigte Hoffnung des Ausbleibens von Recidiv und Metastasenbildung besteht.

W. SOBERNHEIM.

65) **R. Botey** (Barcelona). **Welches ist die beste Methode der totalen Larynxexstirpation?** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 57. S. 1301. 1913.*

Die beste Methode der totalen Exstirpation des Larnx ist die einzeitige von Gluck. Diese Methode wird bei den meisten Fällen angewendet werden. Nur ausnahmsweise wird man zweizeitig operiren.

Man wird vorzugsweise die combinirte Anästhesie verwenden. Die Localanästhesie wird nur für besonders muthige und energische Patienten reservirt bleiben.

Schnelligkeit im Operiren, die Asepsis, die Ernährung, Wärme des Operationssaales und Herzstimulantien werden den Operationsschock vermeiden.

Intelligente und geübte Patienten werden mit ihrer Pharynxstimme genügend gut sprechen. Alle anderen werden sich mit einem Sprechapparat verständlich machen können.

OPPIKOFER.

66) **Torek** (New York). **Laryngektomie mit beigefügter Gastrostomie.** *Centralbl. f. Chir. No. 52. 1913.*

In einem weit vorgeschrittenen Fall, bei dem nicht nur der ganze Kehlkopf nebst Kehldeckel, sondern auch ein grösseres Stück der vorderen Pharynxwand und ein Theil der Zungenbasis mitentfernt werden musste, legte Torek nach beendeter Laryngektomie eine Witzel'sche Magenfistel an und besorgte dadurch die Ernährung.

SEIFERT.

67) **J. Rouget. Die totale Laryngektomie bei Kehlkopfkrebs im Spital Lariboisière. (La laryngectomie tetale dans le cancer du larynx à l'hôpital Lariboisière.)** *Dissert. Paris 1912.*

An Hand von 13 Fällen Schilderung der Methode der Kehlkopfexstirpation, wie sie bei Sébileau geübt wird. 12 Tafeln illustriren den Gang der Operation. Als Phonationsapparat wird der Apparat von Delair empfohlen und abgebildet.

OPPIKOFER.

68) **H. Hültl** (Budapest). **Zwei Fälle von totaler Larynxexstirpation.** *Verh. des Königl. Aerztevereins in Budapest. No. 15. 1913.*

Fall I ist 70 Jahre alt und wurde vor 6 Jahren operirt. Fall II ist vor 4 Wochen nach Gluck operirt worden.

POLYAK.

69) **Durand** (Lyon). **Technik der Laryngektomie. (Technique de la laryngectomie.)** *Société de chir. de Lyon. September 1913.*

Die Laryngektomie in einer Zeit ist eine brillante Operation, ihre Resultate sind aber mässig wegen der grossen Gefahr einer Bronchopneumonie in Folge Wundinfection von der Trachea her und eines Hinabrutschens der Trachea in das Mediastinum. Daher besteht mehr und mehr die Tendenz, die Operation in zwei Zeiten zu machen. Statt aber die Trachea vollkommen zu durchschneiden, durchtrennt Verf. nur deren hinteren Theil. Die Operation vollzieht sich also folgendermaassen:

Erste Sitzung: In Localanästhesie tiefe Incision zur Bildung eines kleinen unteren Lappens; transversale Incision der Trachea, Resection eines Theils der benachbarten Ringe, Naht der Hautwunde an den Rändern.

Zweite Sitzung: Allgemeinnarkose. H-förmiger Hautschnitt. Weitere Technik wie gewöhnlich. Verf. führt zwei Fälle als Beispiel an.

Discussion: Bérard und Sargnon demonstriren zwei Fälle von Laryngektomie, die vollständig in Localanästhesie gemacht sind. Es wurde in zwei Zeiten operirt, jedoch die Trachea in der Längsrichtung gespalten. Das Operiren in zwei Zeiten hat einen Nachtheil, dass nämlich sich Adhäsionen bilden, welche die zweite Operation erschweren.

GONTIER DE LA ROCHE.

70) **Brückner** (Dresden). **Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenosen.** *Zeitschr. f. Kinderheilkunde. H. 5/6. 1913.*

Die Mittheilung des Verfassers umfasst den Zeitraum vom 1. Januar 1905 bis 1. Mai 1912 und sowohl das Material seines Vorgängers Förster wie sein

eigenes. Im Ganzen wurden während der Berichtszeit 1267 Kinder mit Diphtherie behandelt, 399 von Förster, 868 vom Verf. Von der ersten Quote starben 15,5 pCt., von der zweiten 18,2 pCt. Die grössere Sterblichkeit in der zweiten Serie war bedingt durch eine äusserst schwere Epidemie, während der 35 pCt. aller Eingelieferten starben.

Von den gesammten 1267 Kranken hatten 509 (40 pCt.) eine Stenose; 323 (63 pCt.) der stenotischen Kinder mussten operirt werden. Von ihnen starben 94 (29,1 pCt.) und zwar von 242 nur Intubirten 40 (16,5 pCt.), von 62 Intubirten und secundär Tracheotomirten 11 (57,8 pCt.). Decubitus bekamen 41 (13 pCt.) aller intubirt gewesenen Kinder, Narbenstenosen 12 (3,9 pCt.). Decubitus wurde angenommen, wenn nach 5 mal 24 Stunden nicht extubirt werden konnte. Sicher erwiesen war der Decubitus an der Leiche 8 mal, am Lebenden 23 mal.

Verf. schliesst mit folgenden Worten: „Die fortgesetzte Intubation hat sich demnach für ein Krankenhaus wie das unserige nicht bewährt. Gleichwohl haben wir deshalb keine Ursache, auf das ganze Intubationsverfahren zu verzichten. Ich denke, mich in Zukunft wieder bei erschwerter Extubation mehr der frühzeitigen secundären Tracheotomie zuzuwenden, ohne mich im Vertrauen auf die offensichtliche Wirkung der Heiltuben an ein ganz bestimmtes Schema zu halten. Wenn uns auch die fortgesetzte Intubation in einer ganzen Reihe von Fällen zum Ziele führt, so wiegt dies nicht im entferntesten die unsägliche Mühe und Sorge, die Unannehmlichkeiten und erheblichen Kosten auf, welche uns durch die Narbenstricturen verursacht werden."

FINDER.

71) **Dünzelmann. Die Intubation.** *Referat, gehalten auf der Vereinigung sächsisch-thüringischer Kinderärzte. Halle 1912.*

Dünzelmann erkennt der Intubation den Vorzug zu bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. Seine Erfahrungen sind gesammelt an dem Material der Leipziger Kinderklinik. Nach ihm ist die Indication zur Intubation gegeben in jedem Fall von diphtherischer Larynxstenose. Ausnahmen bilden die Fälle, in denen primär tracheotomirt werden muss, also 1. schwerste Pharynxstenosen, 2. hochgradigste Asphyxie, 3. Laryngospasmus unter bestimmten Bedingungen. Bei kleineren Kindern im ersten und zweiten Jahre ist die Intubation der Tracheotomie vorzuziehen. Secundär tracheotomiren soll man nur bei Verdacht auf schwereren Decubitus, wo die lange fortgesetzte Intubation keinen Erfolg verspricht, doch ist hier nicht schematisch vorzugehen. In den letzten Jahren waren die Heilungsprocente an der Leipziger Klinik bei den operirten Croupfällen 82,6; 83,0; 86,9.

FINDER.

72) **Zabko-Potopowicz. Zur Frage der Intubation und Tracheotomie.** *Lekarz Wilenski. No. 6. 1913.*

In der Diphtherieabtheilung des Wilnaer Krankenhauses wurden im Laufe von 41 Monaten 695 Diphtheriekranke aufgenommen. Darunter litten 189 an Rachen- und 506 an Kehlkopfdiphtherie. Auf Grund dieses Materials macht der Verfasser eine ganze Reihe von praktischen Hinweisen, die bei der Intubation und Tracheotomie befolgt werden sollten.

A. v. SOKOLOWSKI.

73) A. Bruggemann. **Das erschwerte Decanulement. (Le décanulement difficile.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Beschreibung der von Verf. erfundenen (bei Roth-Schellenberg, Giessen) Tamponcanüle, um den Sporn zu unterdrücken. Drei Kinder wurden damit behundelt, von denen eins geheilt ist.

LAUTMANN.

74) A. Iwanoff. **Die Resection der Stimmbänder bei Kehlkopfstenose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 623. 1913.*

Wie bereits früher schon einige andere Autoren, so empfiehlt jetzt auch I., gestützt auf 4 Fälle, bei Kehlkopfstenose infolge Unbeweglichkeit der in Medianstellung sich befindenden Stimmbänder die Excision derselben. Wenn sich auch nach Entfernen der Stimmbänder ein dem früheren Stimmbande ähnlicher Narbenwulst bildet, so ist derselbe doch nicht so gross wie das frühere Stimmband; die Stimme geht durch diesen Eingriff nicht verloren.

OPPIKOFER.

75) G. Turtur. **Ein seltener Fall von Kehlkopfstenose in Folge diffuser Pachydermie. (Un caso raro di stenosi laringea da pachidermia diffusa.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma 1912.*

54jährige Patientin mit zunehmender Athemnoth, als deren Ursache ein grosser auf der Innenfläche der Epiglottis inserirender Tumor gefunden wurde. Thyreotomie. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ganz begrenzte Hyperplasie des Oberflächenepithels ohne eine Spur von Neigung, in die Tiefe zu wuchern. Nach vorübergehender Besserung trat wieder Verschlechterung ein; es bildeten sich wieder Tumormassen im Kehlkopf und die Patientin bekam einen kachektischen Habitus, auch nahm die Stenose wieder immer mehr zu. Der ganze Kehlkopf war, wie man durch Palpation leicht constatiren konnte, vergrössert. Es wurde beschlossen, die Thyreotomie zu machen; bei Eröffnung des Larynx zeigte sich jedoch, dass die Geschwulst, die ein fungöses Aussehen hatte, an einigen Stellen bereits den Schildknorpel arrodirt hatte, so wurde die Totalexstirpation gemacht. Drüsen waren nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung am exstirpirten Larynx ergab, dass es sich um eine Hyperplasie aller Gewebe mit Ausnahme des Knorpels und der Muskeln handelte, welch letztere vielmehr eine Inactivitätsatrophie zeigten. Es ergab sich nichts, was für eine Malignität sprach; die Diagnose lautete auf Pachydermia laryngis.

Leider ist nichts über den späteren Verlauf des Falles gesagt.

CALAMIDA.

76) H. L. Lynch. **Die Behandlung chronischer Stenosen des Kehlkopfes und der Trachea. (Treatment of chronic stenosis of the larynx and trachea.)** *Boston medical and surgical journal. 22. Mai 1913.*

Verf. theilt die Stenosen folgendermaassen ein: 1. Der nervöse Typus, bei welchem die Furcht einen heftigen Spasmus der Adductoren herbeiführt; 2. spastischer Typus ohne nervöse Elemente, bedingt durch das lange Liegen der Tube; 3. der polypoide Typus, bei welchem ein ausgesprochenes Wachsthum von polypoidem Bindegewebe an der Basis der Epiglottis und den Taschenbändern vorhanden ist; 4. der hypertrophische subglottische Typus, wobei die Stenose lang-

sam und allmählich auftritt und sowohl in- wie exspiratorischer Stridor besteht; 5. der Narbentypus; 6. der atrophische Typus, der entsteht durch lange fortgesetzten Druck von dilatirenden Tuben; 7. Verschluss der oberen Luftwege durch Neubildungen.

Die verschiedenen Typen kommen selten für sich allein vor und sie alle erfordern lange Intubation zur Heilung. Für die nervösen und spastischen Typen ist eine äusserst enghalsige Tube nöthig, die aber natürlich eine genügend weite Oeffnung zum Luftholen haben muss. Wenn polypoide Geschwülste vorhanden sind, ist eine weite Tube nöthig, bei der hypertrophischen Form allmähliche Dilatation mit graduierten Tuben. Die Tube soll sowohl in der Richtung von vorn nach hinten wie nach der Seite dilatiren und der Verf. hält für diesen Zweck die cigarrenförmige Tube, die er empfohlen hat, für besonders geeignet. Der beste Maassstab dafür, ob ein Fall Fortschritte macht, ist, wenn bei der In- und Extubation keine Blutung auftritt. Auch bei den narbigen Formen ist die allmähliche Dilatation mit graduierten Tuben das Beste, jedoch muss, wenn die Trachealfistel tief liegt, eine besondere Tube benutzt werden. Handelt es sich um einen Fall von chronischer Stenose infolge langen Tragens einer Trachealcanüle, mit Verschluss des Larynx darüber, so soll von der Trachealfistel nach oben dilatirt werden mittelst Sonden und dann eine passende Dilatationstube eingeführt werden. Die atrophischen Formen mit Bildung von dicken Borken sollen mittelst intralaryngealer Medication behandelt werden und mittelst Inhalationen.

EMIL MAYER.

77) **J. Safranek** (Budapest). **Durch Laryngo-Pharyngotomie geheilter Fall einer skleromatösen Kehlkopfstenose.** *Verh. des Königl. Aerztevereins in Budapest. No. 7. 1913.*

Die hochgradige skleromatöse Stenose sass an einer ungewohnten Stelle, d. h. mehr im Eingange des Kehlkopfes, die Aryknorpel waren fixirt. Der Erfolg der Operation ist auch functionell recht gut, die an der Stelle der entfernten Taschenbänder und Stimmlippen entwickelten Narbenstränge schliessen gut bei der Phonation und Patient spricht mit einer gut vernehmbaren heiseren Stimme.

POLYAK.

78) **Sargnon** und **Vignard** (Lyon). **Zwei weitere Laryngostomiefälle. (Deux nouveaux cas de laryngostomie.)** *Lyon médical. 16. März 1913.*

In beiden Fällen bestand eine hochgradige Stenose in der Höhe des Ringknorpels, besonders im zweiten Fall, wo jedes Lumen völlig fehlte. Vff. erreichten eine genügende Dilatation im ersten Fall in einem Zeitraum von 3 Monaten, im zweiten Fall in einem Zeitraum von 7 Monaten, was ungefähr um die Hälfte weniger ist, als in ihren ersten Beobachtungen. Im zweiten Fall trat infolge Unachtsamkeit bei der Ueberwachung der Tod im Moment des Decanülements ein. Bei dem sehr nervösen Individuum trat ein Spasmus auf mit Annäherung der beiden Ränder des Stomas, was sich dadurch hätte vermeiden lassen, dass man die Ränder durch eine Krishaber'sche Canüle auseinander gehalten hätte.

GONTIER DE LA ROCHE.



79) **G. Bilancioni. Ueber die Technik der Laryngostomie. (Sulla tecnica della laryngostomia.)** *Soc. ital. chirurgica. 1912.*

Auf Grund von 16 auf der chirurgischen Klinik in Rom operirten Fällen kommt Verf. in Bezug auf die Technik der Operation zu folgenden Schlüssen:

1. Man hat das Annähen des Larynx an die Hautränder aufgegeben.

2. Es wurde ein Segment des Ringknorpels resecirt, der diejenige Stelle ist, von der aus das Gelingen der Dilatation am meisten in Frage gestellt wird, da hier Decubitus mit nachfolgender Narbenbildung sehr häufig ist.

3. Es wurden Tampons aus Presswatte angewandt; sie lassen sich in trockenem Zustand leicht einführen und nehmen in kurzer Zeit durch Aufsaugung von Flüssigkeit erheblich an Volumen zu und üben eine mässige gleichmässige, nicht zu starke Compression auf alle Theile des Larynx aus.

4. Es wird nach einem modificirten Gluck'schen Verfahren eine Spätplastik mit zwei Hautlappen gemacht und der Patient muss zur richtigen Athmung wieder erzogen werden.

CALAMIDA.

f) Schilddrüse.

80) **Lidsky** (Wladikawkas). **Ueber die Beeinflussung der Blutgerinnung durch die Schilddrüse.** *Berner Inaug.-Dissert. Berlin 1910. Verlag Schumacher.*

Bei gesunden Thieren und auch im Basedowblut wurde die Blutgerinnung durch Schilddrüsengaben verzögert, besonders durch die englischen Präparate; dagegen bei Myxödemkranken stark beschleunigt.

JONQUIÈRE.

81) **Berdin. Ein Fall von suffocatorischer Struma bei einem Neugeborenen.** *Le Loire médicale. No. 10. 1913.*

Der von einer gesunden und aus kropffreier Familie stammende Neugeborene wurde gleich bei der Geburt cyanotisch. Man macht künstliche Athmung mit ihm, und er kam wieder zu sich, um wieder cyanotisch zu werden, sobald man ihn sich selbst überlässt. Man constatirt am Halse einen nach Form und Sitz an eine ganz typische diffuse Schilddrüsenhypertrophie erinnernden voluminösen Tumor. Die Schilddrüse ist sehr deutlich abgezeichnet mit ihren beiden Seiten- und ihrem Mittellappen und der Pyramide, das Ganze gleichmässig vergrössert und einen einer mittelgrossen Mandarine vergleichbaren, fest sich anfühlenden Vorsprung bildend. In normaler Rückenlage erfolgen die Athembeweguugen selten, es kommt zu Stridor, Keuchen, Cyanose. Zwei Tage post partum wird ein Versuch an der Brust gemacht, aber es droht augenblicklich Erstickungsgefahr und man muss das Kind mit dem Löffel ernähren. Indess ist die Schwellung bereits kleiner geworden, und die Schilddrüse erscheint vielleicht nur noch in ihren Contouren deutlicher. Im Zeitraum von vier Tagen wird sie um die Hälfte kleiner, und nach und nach kann das Kind sich ernähren, ohne asphyktisch zu werden. Als nach 20 Tagen Mutter und Kind zur Entlassung kamen, war seine Schilddrüse mindestens um $^3/_4$ reducirt und zeichnete sich noch immer sehr deutlich an der Vorderseite des Halses ab. Kein Anfall von Cyanose mehr. — Es handelt sich sonach um einen typischen Fall von acuter Congestion der Schilddrüsen bei einem Neugeborenen

oder um einen vasculären Kropf, wohl zu unterscheiden von der parenchymatösen Form oder der Struma congenita im eigentlichen Sinne. FINDER.

82) **Achard** et **Desbouis. Thyreoidschwellungen. (Fluxions thyréoidiennes.)** *Presse médical. No. 14. p. 1052. 1913.*

Die acute nicht eitrige Thyreoiditis tritt im Verlaufe der verschiedensten Krankheiten auf. Zwei Fälle, die im Verlaufe einer chronischen Tuberculose aufgetreten sind, werden kurz von den Verff. mitgetheilt. In dem einen Falle zeigte die Section, dass es sich um eine hämorrhagische Entzündung gehandelt hat.

LAUTMANN.

83) **L. B. Wilson. Pathologie der Schilddrüse beim Basedow. (Pathology of thyroid in exophtalmic goiter.)** *American journal of medical sciences. December 1913.*

Verf. hat 1208 Schilddrüsen von Patienten untersucht, bei denen gewöhnlich die Diagnose auf Basedow'sche Krankheit gestellt worden wäre.

Er fand, dass in 79 pCt. die Schilddrüsen grosse Zonen von ausgesprochener primärer Hypertrophie und Hyperplasie enthielten. Unter den 1208 Fällen von sog. Basedow plus 585 Fällen von sog. einfachem Kropf, in Summa 1793 Kröpfen fand sich primäre Hypertrophie und Hyperplasie nur viermal in Fällen, die klinisch keine Symptome von Basedow zeigten. Drei von diesen Fällen betrafen Kinder.

Verf. sagt, das Verhältniss der primären Hypertrophie und Hyperplasie des Schilddrüsenparenchyms zum wahren Basedow ist ebenso ein directes und constantes wie die primäre Entzündung der Niere zur Bright'schen Nierenkrankheit.

Jeder Befund, der dagegen zu sprechen scheint, beruht auf ungenauen oder unvollständigen Beobachtungen von Seiten des Pathologen oder des Klinikers oder beider. EMIL MAYER.

84) **H. Schloffer. Ueber die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Prager med. Wochenschr. No. 23. 1913.*

Der Verf. berichtet über die in jüngster Zeit von den Chirurgen erzielten günstigen operativen Resultate. Durchschnittlich wird man jetzt eine Mortalität von etwas über 5 pCt. annehmen müssen. Er selbst hat in Innsbruck unter 700 Kropfoperationen 26 Basedowfälle operirt, während auf 125 Kropfoperationen seit dem Oktober 1911 in Prag 29 von ihm wegen Basedow ausgeführte Operationen kommen. Von den Innsbrucker Fällen ist keiner, von den Prager Fällen sind 2 aufs äusserste entkräftete Patienten der Operation erlegen. Die Operation soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden. Je früher der Basedow in den allerersten Krankheitsstadien operirt wird, um so günstiger die Erfolge der Operation. Auszuschliessen von der Frühoperation wären nur die Fälle von acut einsetzendem Morbus Basedow, auf welche u. A. in neuester Zeit Schlesinger und v. Funke (Prag) hingewiesen haben. Hier empfiehlt es sich, nicht auf der Höhe des Anfalls zu operiren, sondern die binnen weniger Tage zu einem schweren Krankheitsbild entwickelten Erscheinungen erst abklingen zu lassen und das operative Eingreifen beim Basedow nach Möglichkeit in ruhigere Stadien der

Erkrankung zu verlegen, welche in der Anstalt durch eine Liegecur und andere conservative Maassnahmen herbeigeführt werden sollen. Verf. warnt vor der Röntgenbestrahlung, welche die Dauer der Operation nur verlängert, sowie vor Jod- und Schilddrüsenpräparaten, deren Darreichung den Basedow immer nur verschlechtere.

Bemerkenswerth ist, dass der unmittelbare Erfolg der Operation fast bei allen schweren Fällen in einer Verschlimmerung dec Zustandes (vor allem der Tachycardie und der nervösen Unruhe) besteht, der dann bald eine Besserung der subjectiven Beschwerden und der objectiven Erscheinungen folgt.

Als wichtigstes Postulat, um die Anzahl der wirklichen Heilungen dieser Erkrankung zu mehren, fordert der Verf. die grundsätzliche Frühoperation des Basedow, während in Wirklichkeit die Krankheit leider häufig erst erkannt werde, wenn ihre Symptome voll ausgeprägt sind. Man fahnde bei derartigen Kranken immer nach einer, wenn auch noch so geringgradigen, Vergrösserung der Schilddrüse und auf Vorhandensein von Augensymptomen!

Zum Schlusse betont Schloffer bei Besprechung der Operationstechnik die Vermeidung von Jod (Joddesinfection, Jodcatgut), um jede Möglichkeit einer Jodresorption zu verhindern, ferner peinlichste Blutsparung und Schonung der Epithelkörperchen mit Rücksicht auf die Tetaniegefahr.

Bei nicht zu aufgeregten Kranken genügt meist die Localanästhesie.

STEINER (PRAG).

g) Oesophagus.

85) **R. Corbin. Beitrag zum Studium der Oesophagoskopie. (Contribution à l'étude de l'oesophagoscopie.)** *Dissert. Paris 1912.*

An einer Reihe von Krankengeschichten (Speiseröhrenkrebs, Fremdkörper im Oesophagus, Spasmus oesophagi, Ulcus oesophagi) wird der hohe Werth der Oesophagoskopie hervorgehoben.

Auf Seite 60 bildet Verf. das Oesophagoskop von Peugniez ab, das nicht nur zur Exploration des Fremdkörpers, sondern gleichzeitig auch zur Entfernung desselben dienen soll, ohne ein Extractionsinstrument durch das Oesophagusrohr einzuführen. Dieses Oesophagoskop besteht aus 2 ineinandergleitenden Röhren; das äussere Rohr hat einen Durchmesser von 9 und das innere Rohr einen solchen von 8,5 mm. Am unteren Ende des inneren Rohres sind 2 Federn angebracht, welche, wenn das äussere Rohr heraufgeschraubt wird, nun vorspringen, sich einander nähern und dadurch den eingestellten Fremdkörper fassen sollen. Verf. und sein Lehrer Peugniez haben dieses so abgeänderte Oesophagoskop bis heute nur an Hunden und am Cadaver angewendet.

OPPIKOFER.

86) **Houlié. Oesophagoskopie wegen Fremdkörpers im Oesopagus. (Oesophagoscopie pour corps étranger de l'oesophage.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Patienten mit Fleischstück hinter dem Kehlkopf fixirt. Nach Cocainisirung des Hypopharynx und Einstellung eines Oesophagoskops verschwindet der Fremdkörper in die Tiefe. Heilung.

LAUTMANN.

87) **F. Gault. Drei Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus und in den Bronchien. (Trois cas de corps étrangers etc.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 40. 1913.*

1. 4jähriges Kind verschluckt eine Münze. Vergeblicher Versuch mit dem Münzenfänger. 10 Tage später Extraction unter Chloroform mittels Oesophagoskops. 2. 55jährige Frau wird mit einer Oesophagusbougie sondirt. Die Spitze bricht ab. 2 Wochen später Extraction unter Cocainanästhesie mittels Oesophagoskops. 3. 5jähriger Knabe aspirirt eine Bohne. 2 Tage später vergeblicher Versuch mittels oberer Bronchoskopie den Fremdkörper unter Chloroform zu extrahiren. Wegen Cyanose sofortige Tracheotomie, aber unter Cocain. Am nächsten Tage mittels unterer Bronchoskopie Extraction nach Zerstückelung der Bohne. Bronchopneumonie. Heilung.

LAUTMANN.

88) **Cade** und **Goyet** (Lyon). **Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Lyon médical. 29. Juni 1913.*

Der Fremdkörper — ein Knochenstück — gab zuerst überhaupt keine Symptome, bald aber traten Fieber, Hämoptysis, Abmagerung auf. Dann begann der Kranke täglich grosse Mengen Eiter zu expectoriren und zu erbrechen.

Verff. meinen, es handle sich um ein Pleuraempyem in Folge einer traumatischen Oesophagitis.

GONTIER DE LA ROCHE.

89) **Max Einhorn. Cardiospasmus und idiopathische Dilatation des Oesophagus. (Cardiospasm and idiopathic dilatation of the esophagus.)** *Medical Record. 1. März 1913.*

Weder Cardiospasmus noch idiopathische Dilatation fehlen, wenn das Meltzer'sche Schluckgeräusch entweder unmittelbar nach der Deglutition oder 7 Secunden nachher vorhanden ist. Cardiospasmus ist häufig vorhanden, wenn eine Verzögerung des Schluckgeräusches von 12 zu 20 Secunden vorhanden ist oder, wenn es bald verzögert, bald abwesend ist. Idiopathische Dilatation ist in der Regel vorhanden, wenn das Symptom stets fehlt und Bougies (43—48 F.) in den Magen gehen.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **W. Henz. Die menschliche Stimme und Sprache und ihre Pflege im gesunden und kranken Zustande.** Internationale pädagogische Bibliothek. Herausgegeben von Ufer. Altenburg 1913. (Bonde.) 389 S. Preis M. 8, gebd. M. 9,60.

Das Buch ist von einem Taubstummenlehrer geschrieben, der offenbar nicht über dem Stoff steht. Neben ermüdender Weitschweifigkeit tritt ein Mangel an positiven Angaben und an tieferem Eingehen auf Probleme, z. B. bei der Kindersprache, in den Vordergrund. Allgemeine Betrachtungen und historische Excurse sind zahlreich und ausführlich. Der Phylogenese und Ontogenese der Sprache sind die ersten 49 Seiten gewidmet, hierauf folgt eine kurze Anatomie der Stimm- und Sprachorgane mit physiologischen Anmerkungen. Unter zahlreichem anderem, unrichtig Aufgefassten fällt hier die Behauptung auf, die Ränder der „Stimmbänder“

würden Stimmlippen genannt. Solche Missverständnisse sind die Folge ungenauer Diction in wissenschaftlichen Lehrbüchern. Auch die Thatsache, dass die Entfernung der Zunge die Articulation wenig beeinflusst, wird ohne Berufung auf eigene Erfahrung oder wissenschaftliche Untersuchung bestritten und so geht es weiter. Lautphysiologie und Phonetik werden in einem grösseren Hauptabschnitt abgehandelt. Hier findet sich nichts über Sprechathmung, dagegen der alte falsche Vergleich der Stimm„bänder“ mit Saiten, eine falsche Definition der Flüsterstimme usw. Es folgt eine wortreiche, aber nicht in allen Punkten richtige Lautphysiologie (Mundbodenbewegung bei L und K!). Kurze Kapitel über Silben, Wörter, Sätze; Accente und den Sprechvorgang (associationspsychologisch nach Wernicke's Schema) schliessen das „dritte Buch“. Das vierte handelt von der Pflege der Sprechstimme im Säuglings-, Kindes- und Schulalter. Hier wird mit Recht die These vertreten: „Jeder Lehrer muss phonetisch gebildet sein.“ Auch hier vermisst man noch bestimmtere Angaben über Sprechathmung, die dann im Kapitel „reife Stimme“ wenigstens gestreift wird. Auch über die Stimme des Schulkindes und ihre Veränderung bei der Mutation fehlen genaue Angaben. Bei der reifen Stimme sind die Einsätze vergessen und der „Tonansatz“ unklar dargestellt. Hier taucht der „Spracharzt“ Prof. Engel auf, den es nie gab. Den Abschnitt beschliesst „die alternde Stimme“. Dann folgt die Pflege der Singstimme. Man erfährt nichts von Stimmumfängen und Registern beim Schulkinde, dagegen wird zum Singen die grässliche Haltung mit „etwas eingezogenem Bauch“ empfohlen. Auch hier im Kapitel Mutation keine Angaben über Stimmumfang und frühen, unbemerkten Eintritt. Kurz sind dann wieder reife und alternde Singstimme besprochen. Der sechste Hauptabschnitt enthält die Sprachstörungen, ohne Neues zu bringen. Stottern und Stammeln sind am ausführlichsten dargestellt, letzteres mit Heranziehung der Dialectfehler, dann Lispeln, Schnarren (falsches Gaumen-R), Näseln, Poltern (hierzu ein falsches Beispiel aus dem Buch des Ref., das die sogenannte „congenitale Wortblindheit“ betrifft), Taubstummheit, Taubblindheit, Hörstummheit (mit Anführung eines nicht hierhergehörigen Falles von mongoloider Idiotie). Wozu am Schluss ein paar Seiten über Aphasie stehen, ist dem Ref. nnklar geblieben. Das gehört denn doch wirklich in neurologische Lehrbücher, wie überhaupt die ganze Lehre von den Sprachstörungen, der Sprachphysiologie und -Hygiene besser von einem Fachmann behandelt worden wäre. Wenn man am Schluss das Literaturverzeichniss liest, fragt man sich, ob der Autor die erwähnten Bücher wirklich alle kennt, denn auf ein paar Seiten von Gutzmann's „Stimmbildung und Stimmpflege“ steht mehr Positives als in diesem ganzen Buch.

Nadoleczny.

---

b) Karl Peter (Greifswald). **Atlas der Entwickelung der Nase und des Gaumens beim Menschen mit Einschluss der Entwickelungsstörungen.**

Der vorliegende Atlas nebst Erläuterungen geben eine auf den neuesten, theils eigenen, theils anderen Untersuchungen beruhende übersichtliche Darstellung der Entwickelung der Nase und des Gaumens, welche nicht zum Wenigsten für den Praktiker von Bedeutung ist.

Ausgehend von der Entstehung des Riechorgans in der Form einer doppelseitigen Verdickung des Ectoderms am Vorderkopf zeigen die Abbildungen den Einfluss des Riechorgans auf die Gestaltung des Gesichts und die Bildung des Riechsackes. Es wird alsdann die zweite Entwickelungsperiode veranschaulicht, welche die innere Ausgestaltung des Geruchsorgans, insbesondere die Muschelbildung umfasst und in die Zeit der 6. bis 9. Woche des Embryonallebens fällt, alsdann die des Gaumenschlusses in der 9. bis 10. Woche und endlich die letzte Periode der Ausgestaltung des inneren Baues, beginnend in der 10. Woche des Embryonallebens und endend nach der Pubertät. Die hauptsächlichsten in die 3. bis 10. Woche fallenden Entwickelungsvorgänge werden in sehr anschaulichen Bildern vorgeführt. — Es kann hier selbstverständlich nicht auf die Details eingegangen werden, es seien nur aus der Fülle des Stoffes einige wenige Entwickelungsvorgänge herausgehoben.

Was die Entwickelung der Muscheln und Nasengänge anlangt, so werden zunächst die übersichtlicheren Verhältnisse bei den makrosmatischen Säugern herangezogen, weil das Geruchsorgan des Menschen bereits stark in Rückbildung begriffen ist. Dort zeigt die Seitenwand der Nasenhöhle eine Anzahl hinter einander liegender Wülste: die beiden vorderen, Maxilloturbinale, ventral liegend, und Nasoturbinale, dorsal liegend, sowie die hinten befindlichen Ethmoturbinalia. Dass diese Wülste beim Menschen nicht hinter, sondern über einander lagern, beruht hauptsächlich auf der enormen Entwickelung des Gehirns, das sich über die Nasenhöhle schiebt, so dass die hinteren Wülste sich über die vorderen legen mussten. Vergleichend anatomisch ist die untere Muschel des Menschen das Maxilloturbinale der Säuger; das Nasoturbinale hat eine Rückbildung erfahren und tritt nur als unbedeutender Wulst — agger nasi — auf, während mittlere und obere Muschel je einem Ethmoturbinale entsprechen. Eine oberste Muschel ist keine selbstständige Hauptmuschel, sondern eine durch eine Nebenfurche abgetheilte Nebenmuschel, obere und oberste Muschel entsprechen zusammen einer Hauptmuschel.

Die Entstehung der Muscheln geht nicht, wie früher angenommen worden, so vor sich, dass sie aus der lateralen Wand in das Nasenlumen vorwuchern, sondern nach Untersuchungen von Born und Legal so, dass die Muscheln durch Epithelwachsthum aus der lateralen Wand gewissermaassen herausgeschnitten werden. Zuerst entstehen rinnenförmige Vertiefungen dadurch, dass das Epithel ins Mesoderm hineinwuchert und durch diese Rinnenbildung formiren sich die Wülste. Letztere (die Muscheln) sind also als stehengebliebene Reste der Nasenwand zu betrachten und die ursprüngliche Seitenwand ist nicht in der Tiefe der Furchen, sondern auf der Oberfläche der Muscheln zu suchen. Zwei schöne Figuren veranschaulichen diesen Vorgang. Ebenso entstehen durch Epithelwachsthum die Ausweitungen der Furchen, die sich zu den pneumatischen Räumen entwickeln.

Sehr instructiv sind einige Bilder von der Nase des Neugeborenen. Hier ist der Siebbeinabschnitt der Nasenhöhle etwa doppelt so hoch wie der untere Kieferabschnitt, der beim Erwachsenen die gleiche Höhe wie der obere besitzt, der mittlere Nasengang ist eng, der untere noch geschlossen, da die untere Muschel

den Nasenboden berührt. — Die Bildung der Nebenhöhlen geht nach Ansicht des Verf.'s so von statten, dass die Nasenrinnen, zwischen welchen die Muscheln sich herausgehoben haben, an einzelnen Stellen durch unregelmässiges Wachsthum hervorgetrieben werden, so dass sich ein System von Ausbuchtungen entwickelt, die durch Scheidewände mehr oder weniger vollkommen von einander getrennt werden. — Eine gründliche Bearbeitung erfahren die Missbildungen, welche durch embryonale Spaltbildungen in Nase und Gaumen verursacht sind. Verf. unterscheidet solche, welche durch Entwickelungshemmungen, und solche, welche durch Entwickelungsumbildungen hervorgerufen werden. Unter ersteren versteht er diejenigen, bei denen reguläre embryonale Processe in ihrem Ablauf gehemmt sind, unter letzteren solche, bei denen die Entwickelung in eine falsche Richtung geleitet ist, so dass Bildungen entstehen, welche normaler Weise bei der Embryogenese nicht vorkommen. Beide Formen können auch combinirt auftreten. An der Hand dieser Gesichtspunkte führt Verf. in vortrefflichen Bildern, welche theils von anderen Autoren übernommen sind, theils aus eigener Beobachtung hervorgehen, alle wichtigeren Spaltbildungen vor Augen, und zwar nicht nur die fertigen Missbildungen, sondern auch ihre Pathogenese. So insbesondere die seitliche Oberlippen-Kieferspalte, auch solche mit Defect des mittleren Nasenfortsatzes, ferner die schräge Gesichtsspalte, die Gaumenspalte u. a.

Die durchweg übersichtliche Darstellung in Bild und Wort gewährt einen guten Ueberblick über das Entstehen der Besonderheiten der Nase und des Gaumens und schafft hierdurch dem Praktiker eine sichere Grundlage für sein Handeln. Das Werk darf daher jedem Rhinologen auf das Angelegentlichste empfohlen werden.

Grabower.

---

c) 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Vom 5. bis 7. Mai 1913.

Vorsitzender: George A. Leland (Boston).

Begrüssungsansprache des Präsidenten über „Die Bedeutung der oberen Luftwege als Eingangspforte für Infectionen.“

Greenfield Sluder (St. Louis): Weitere Beobachtungen über einige anatomische und klinische Beziehungen der Keilbeinhöhle zu dem Sinus cavernosus und dem 3., 4., 5. und 6. Hirnnerven, sowie dem Nervus Vidianus.

Der Inhalt des Vortrages entspricht der im „Archiv für Laryngologie“ veröffentlichten Arbeit des Verfassers (referirt dieses Centralblatt, 1914, S. 11).

Discussion:

William Henry Haskins (New York City) kann aus seiner Erfahrung bestätigen, dass der zweite Ast des Trigeminus und der Nervus Vidianus häufig sich im Contact mit der Keilbeinhöhle befinden. Er besitzt auch Präparate, bei denen dasselbe mit dem dritten Trigeminusast der Fall ist. Ein Punkt, durch den die meisten Symptome in der spheno-palatinen Region und auch die grosse Anzahl

von Augencomplicationen bei Nebenhöhlen- und Ohrenerkrankungen erklärt werden, ist die Tatsache, dass der Nervus sympathicus an der Innenseite des Sinus cavernosus verläuft und den Plexus cavernosus bildet. Wenn irgend welche Betheiligung des Sympathicus bei Erkrankung der Keilbeinhöhle vorhanden ist, dann ist es sehr plausibel, dass eine trophische Störung des Opticus daraus resultirt, und dass man das Bild einer wahren Opticusatrophie hat.

George E. Schambaugh (Chicago): Die Gaumentonsille als Herd für Allgemeininfection.

Die Bedeutung der acuten Halsentzündungen für dieEntstehung der acuten Infectionen wie Rheumatismus, Endocarditis und Nephritis ist heutzutage allgemein anerkannt, weniger anerkannt ist die Rolle, die den Halsentzündungen zukommt bei der Aetiologie der chronischen Allgemeinerkrankungen, wie chronische Arthritis, chronische Neuritis, Herz- und Gefässdegeneration. Sehr häufig hat bei schlecht genährten Kindern die Entfernung der Tonsillen einen so unmittelbaren und erstaunlichen Effect auf das Allgemeinbefinden, dass man es sich nicht anders erklären kann, als dass in der Tonsille sich Herde für eine mildverlaufende Infection befanden. Die kleinen unter einer Falte vom vorderen Gaumenbogen eingebetteten Tonsillen und die Tonsillen mit einer tiefen, horizontal verlaufenden Spalte, welche das obere vom mittleren Drittel trennt, sind am meisten geeignet, zur Quelle von Allgemeininfectionen zu werden. Dasselbe gilt von den nach partieller Entfernung zurückbleibenden Stümpfen und den mit Caustik behandelten Tonsillen. Die beste Behandlung für Tonsillen, bei denen der Verdacht besteht, dass sie Infectionsherde enthalten, ist die gründliche Entfernung.

J. Payson Clark (Boston): Resultate bei einer Serie von Tonsillektomien im Massachusetts General Hospital, betrachtet drei bis vier Jahre nach der Operation.

Die Nachprüfung war möglich bei 143 Personen. Es ergab sich Folgendes: Die Patienten waren mit wenigen Ausnahmen zur Zeit der Operation unter 15 Jahre alt. Blutung nach der Operation, die eine besondere Behandlung erfordert hatte, war sehr selten. Die Erscheinungen, wegen deren die Operation unternommen wurde, wurden in fast allen Fällen beseitigt, auch dann, wenn etwas Tonsillargewebe stehen gelassen worden war. Kinder zeigten nach der Tonsillektomie keine gesteigerte Neigung zur Erkrankung und waren weniger anfällig als zuvor. Die allgemeine Gesundheit der Kinder war in der Mehrzahl der Fälle ausgezeichnet. Man findet häufiger, als man vermuthet, nach der Operation Tonsillargewebe. In vier Fällen war die Uvula mitabgeschnitten worden, ohne dass dadurch unangenehme Erscheinungen auftraten. Die meisten Fälle von Tonsillitis wurden durch die Operation geheilt. Die gewöhnliche Sprechstimme war durch die Tonsillektomie nicht beeinflusst, auf die Singstimme erstreckten sich die Untersuchungen nicht. In den meisten derjenigen Fälle, bei denen Cervikaldrüsen gefühlt werden konnten, war auf der betreffenden Seite noch Tonsillargewebe vorhanden.

Discussion:

G. Hudson Makuen (Philadelphia): Es giebt zwei Gründe für die Tonsillaroperationen, nämlich Beseitigung von Infectionsquellen und Erhaltung resp.

Verbesserung der Functionen wichtiger Stimm- und Sprachorgane. Harold Whale in London hat auf Grund von 220 unausgewählten Fällen berichtet, dass bei allen denjenigen, bei welchen Stimmstörungen geheilt waren, fast in der Hälfte der Fälle Tonsillarreste vorhanden waren, und dass das procentuelle Verhältniss der ungeheilten Fälle fast zweimal so gross nach Tonsillektomie als nach Tonsillotomie war. Deshalb kommt er zu dem Schluss, dass Tonsillotomie die Operation der Wahl für die Behandlung der Stimmdefecte ist. Diese Angaben stimmen überein mit des Redners eigener Erfahrung, und er ist der Ansicht, dass die Tonsillektomie nur gemacht werden soll, wenn es sich um die Beseitigung von Infectionsquellen handelt und, dass soweit die Stimme in Frage kommt, bessere Resultate erzielt werden, wenn man die Kapsel und möglicherweise Theile der Tonsille zurücklässt. Wenn die Tonsillektomie nicht absolut indicirt ist, so gebraucht Verf. sein von ihm für diesen Zweck angegebenes Messer, dessen Schneide im rechten Winkel zum Griff steht, und mit dem er in die Tonsillarcrypten eingeht und bis zur Basis schlitzt, wonach die Crypten und die Schnittränder mit dem Cauter geätzt werden, um das Auftreten von Verwachsungen zu verhüten. Dieses Verfahren benutzt Verf., um Stimm- und Sprachstörungen zu beseitigen, als auch um Infectionsquellen zu entfernen. Bei Kindern zieht Verf. es vor, soviel von der Tonsille zu entfernen, ohne dass die Kapsel in Mitleidenschaft gezogen wird.

William E. Casselberry berichtet über einen Fall von Rheumatismus, in dem alle rheumatischen Symptome nach Entfernung der Tonsillen verschwanden. Sie kehrten aber wieder, und es stellte sich heraus, dass Tonsillarreste zurückgeblieben waren. Nach deren Wegnahme verschwanden die rheumatischen Symptome definitiv. Bisweilen entstehen Recidive dadurch, dass nach der Tonsillektomie eine Pharyngitis lateralis auftritt, jedoch sind dabei die Symptome viel weniger ausgesprochen.

Cornelius G. Coakley (New York): Shambaugh's Vortrag giebt die heutzutage unter den meisten Aerzten New Yorks vorhandenen Ansichten wieder. Man ist überrascht, wie häufig das aus den Tonsillen ausgedrückte Secret Streptokokken enthält und wie oft die Entfernung solcher Tonsillen von einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit gefolgt ist. Verf. bevorzugt die Allgemeinnarkose. Verf. richtet an Clark die Anfrage, ob Individuen nach der Tonsillektomie leichter empfänglich für Scharlach und derartige Infectionen sind.

James E. Logan (Kansas City) ist der Ansicht, dass die Adenoiden bei Kindern häufiger Anlass zu Allgemeininfectionen geben als die Tonsillarerkrankungen; er lässt daher die Tonsillen, von denen er annimmt, dass sie noch eine Function zu erfüllen haben, unberührt und entfernt die Adenoiden.

Fletcher E. Ingals (Chicago) ist der Ansicht, dass in vielen Fällen besser als die Entfernung der Tonsillen ist, wenn man mit dem Cauter tief in die Crypten eingeht und auch die ganze Oberfläche cauterisirt, um einen Verschluss der Crypten herbeizuführen.

Roe (Rochester) macht auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung der Tonsille aufmerksam, indem man die Gaumenbögen mit einer gekrümmten Sonde oder sonst einem geeigneten Instrument bei Seite zieht. Auf diese Weise

wird man oft unvermuthete Erkrankung finden; er ermahnt auch, die anderen Theile des Rachens als Ursache für krankhafte Erscheinungen nicht zu übersehen und lenkt die besondere Aufmerksamkeit auf die Zungentonsille.

George L. Richards (Fall River) berichtet über den Fall einer jungen Frau, bei der vor zwei Jahren die Tonsillektomie gemacht worden war und die kürzlich eine ausgesprochene Tonsillitis bekam; es stellte sich heraus, dass die Ursache darin lag, dass ein kleines Stückchen der Tonsille in der Fossa supratonsillaris stehen geblieben war. Die Pat. ging an einem Peritonsillarabscess fast zu Grunde.

Henry L. Wagner (San Francisco) hat die Erfahrung gemacht, dass bei einem grossen Theil der Pharynxinfectionen die Infection aus dem oberen Theil der Nase herabsteigt.

George L. Richards (Fall River) hat in einem seiner Fälle 5 oder 6 Tage nach der Tonsillektomie eine Pleuritis gesehen, die er auf directe Infection von der Wunde aus zurückführt.

Burt R. Shurly (Detroit) regt an, dass die Gesellschaft Untersuchungen über die Physiologie der Tonsille veranstalten solle; von dem Ausfall solcher Untersuchungen werde unsere Stellungnahme wesentlich abhängen.

Lorenzo B. Lockard (Denver) hat seit einer Reihe von Jahren die besten Resultate mit der Galvanocaustik erzielt.

William B. Ballenger (Chicago) hat bei den vielen Fällen von Tonsillarentfernung niemals etwas gesehen, was auf einen Functionsausfall zu beziehen gewesen wäre. Er betrachtet die Mandeln als reine Lymphdrüsen ohne jede weitere Function. Wenn sie daher erkrankt sind, so soll man sie in toto entfernen und nicht partiell.

George A. Shambaugh (Chicago): Wenn die Tonsillen als erkrankt erkannt sind, so ist es thöricht, mit Cauterisationen oder sonstigen anderen Maassnahmen Zeit zu verlieren, sondern man soll die Tonsille entfernen. Die Caustik kann man anwenden in Fällen, wenn andere Methoden contraindicirt sind, z. B. bei vorgeschrittener Tuberculose oder bei Kranken mit Erhöhung des Blutdrucks. Man soll nicht bei einem Kranken mit 180 oder 190 mm Blutdruck operiren. In solchen Fällen kann man auch nach vorhergehender Reinigung der Crypten Vaccine anwenden. Auch bei acut entzündeten Tonsillen soll man nicht operiren. B. macht niemals Tonsillaroperationen, um die Stimme zu verbessern, andererseits hat er niemals nach der Tonsillektomie eine Verschlechterung der Stimme gesehen.

Payson Clark (Boston) versteht nicht, was man in Bezug auf die Beeinflussung der Stimme nach Tonsillektomie in Folge Verletzung der Gaumenbögen gesagt hat. Er hat gefunden, dass in der Majorität der operirten Fälle die Function der Gaumenbögen vollkommen normal war.

William E. Casselberry (Chicago) demonstrirt ein vereinfachtes selbsthaltendes Nasenspeculum.

I. H. Bryan (Washington): Fall von Ulceration des Kehlkopfes, Perichondritis der Aryknorpel, Abscess und partielle Exfoliation beider Knorpel in Folge von Typhus.

Der Fall beweist, wie nothwendig es ist, in allen Fällen von Typhus den Larynx zu untersuchen, um frühzeitig Veränderungen in dieser Region zu entdecken. Nach Landgraf ist die Häufigkeit dieser Complication beim Typhus 11 pCt. aller tödtlich verlaufenden Fälle, nach Griesinger 26 pCt., nach Kanthak ebenfalls 26 pCt., nach Ouskow 30 pCt. Nach den Angaben Jackson's scheint die Complication in Amerika noch viel häufiger zu sein. Jedoch war die Epidemie, auf die Jackson seine Beobachtungen gründete, eine ungewöhnlich schwere.

Chevalier Jackson (Pittsburgh): In Pittsburgh ist diese Complication des Typhus fast unbekannt. Jedoch sind diese Complicationen sehr bösartig. Die Fälle sind jetzt erheblich seltener als noch wenige Jahre zuvor. J. sieht den Grund dafür in einer sorgfältigen Mundantisepsis zur Zeit einer Epidemie.

Emil Mayer (New York): Man darf nicht vergessen, dass, wie schwer auch die Perichondritis gewesen sein mag, die Therapie doch gute Resultate ergeben kann. M. hat vor 12 Jahren in einem Fall von Typhus wegen Perichondritis die Tracheotomie gemacht mit nachfolgender Intubation und hat eine Heilung erreicht. In diesem Fall waren niemals irgend welche Athmungsbeschwerden vorhanden gewesen, jedoch besteht jetzt noch eine Verdickung am Aryknorpel.

Crosby Greene (Boston): Thyreotomie wegen Kehlkopfkrebs nebst Bericht über 11 Fälle.

In der Jahresversammlung der Gesellschaft vom Jahre 1906 berichtete G. über Untersuchungen über die Lymphversorgung des Larynx, die mittels submucöser Injectionen von Methylenblau und Quecksilber gemacht wurden. Uebereinstimmend mit den Untersuchungsergebnissen Anderer wurde gefunden, dass die Lymphgefässe im Larynxinnern reicher in der supraglottischen Region sind, relativ geringer in der subglottischen Region, während sie an den Stimmbändern sehr klein und weit von einander getrennt sind. Diese anatomischen Thatsachen erklären das langsame Wachsthum des Kehlkopfkrebses und ergeben die Möglichkeit einer Heilung durch frühzeitige Thyreotomie. G. macht die Operation in Aethernarkose nach vorhergehender Injection von Morphium und Atropin. Nach Freilegung der Schildknorpel und des Ringknorpels sowie der Membrana crico-thyreoidea wird eine 1proc. Cocainlösung durch die Membran hindurch in den Kehlkopf injicirt. Nach Eröffnung der Membrana crico-thyreoidea wird die Schleimhaut mit 10proc. Cocainlösung gepinselt. Nach Durchtrennung der Schildknorpelplatte wird unter guter Beleuchtung auf der erkrankten Seite beginnend am freien Rande des Schildknorpels vor der Geschwulst das Perichondrium mit einem scharfen Elevator bis weit hinter der Geschwulst und weit nach oben und unten von ihr abgehoben, dann mit einer Scheere Incisionen ober- und unterhalb des Tumors gemacht und dann die nur noch hinten anhaftende Geschwulst mit ihrer Umgebung mittelst der Schlinge abgetragen. Es kommt Alles auf die sorgfältige Auswahl der Fälle an.

Discussion:

Chevalier Jackson (Pittsburgh) kann nicht mit dem Vorredner darin übereinstimmen, dass die Thyreotomie eine allgemein gewürdigte und anerkannte Operation sei. Die heutigen Laryngologen nehmen nur selten ihre Zuflucht zu dieser Operation. Die Statistiken sind sehr enttäuschend gewesen. Das Wesentliche hängt von der Auswahl der Fälle ab. Wenn die Erkrankung weit nach hinten localisirt ist, so ist sicher auf das Auftreten von Recidiven zu rechnen. J. operirt niemals, wenn es sich um einen nicht auf das Larynxinnere beschränkten Krebs handelt. Wenn eine Allgemeinnarkose angewandt wird, so genügt die Trachealinsufflationsmethode nach Elsberg. J. näht nicht, sondern empfiehlt damit zu warten, bis die beiden Knorpelränder sich genähert haben.

Cornelius G. Coakley (New York) hält ebenfalls für ausgewählte Fälle die Thyreotomie für die beste Operation. Es ist nicht nöthig, die Schildknorpelplatten zu nähen; die Fascie hält die Theile genügend zusammen.

Emil Mayer (New York): Es kann nicht nachdrücklich genug davor gewarnt werden, die Krebsgeschwulst im Larynx zu verletzen, wenn man nicht die Absicht hat, eine Radicaloperation zu machen; es ist daher auch nicht rathsam, ein Stück für die mikroskopische Untersuchung zu entnehmen, ausser wenn der Patient darauf vorbereitet ist, sich einer Radicaloperation zu unterwerfen.

William Ballenger (Chicago): Drei seiner operirten Fälle leben drei Jahre nach der Operation und sind recidivfrei; in allen anderen Fällen, die er operirte, handelte es sich um vorgeschrittene Fälle und alle bis auf zwei starben. B. zieht die Localanästhesie vor.

Harmon Smith (New York) hat zur Zeit einen alten Mann mit einem inoperablen Zungenkrebs in Behandlung, den er mit Injectionen von Kupfercolloid behandelte. Die Injectionen wurden intravenös gemacht, bis alle verfügbaren Venen benutzt waren. Der Erfolg bestand darin, dass in dem Tumor ein paar tiefe Schorfe entstanden. Bei der Thyreotomie soll man es vermeiden, unnöthig an dem Perichondrium zu zerren, dadurch entstehen die Granulationen, welche die Heilung verzögern. Für die Entfernung der Geschwulst sollen nur scharfe Instrumente gebraucht werden und man soll sich bemühen, eine glatte Wunde zu erzielen.

William Casselberry (Chicago) stimmt mit Dr. Greene darin überein, dass die präliminare Tracheotomie in diesen Fällen zu verwerfen ist. Durch die Tracheotomie würde man die Fälle nur compliciren. Die Gefahr der Blutung glaubt er durch Anwendung von Adrenalin beherrschen zu können. In einem seiner Fälle war nach der Operation eine sehr geringfügige Stenose vorhanden. In einem anderen Fall starb der Patient 10 Jahre später an einem Lebersarkom. Unter den allgemeinen Chirurgen besteht die Tendenz, eine Laryngektomie zu machen, wenn es mit einer Thyreotomie genügen würde.

William Ballenger (Chicago) hat unter seinen 15 Fällen 12 Laryngektomien gehabt, und zwar alle ohne vorhergehende Tracheotomie.



H. W. Loeb verfügt über einen Fall von Laryngektomie, der nach zehn Jahren am Leben ist, und einen Fall von Thyreotomie, der nach drei Jahren lebt.

D. Crosby Greene (Boston) verbreitet sich noch einmal ausführlich über die von ihm befolgte Methode der Anästhesie. Die Aethermaske wird entfernt in dem Moment, wo der Kehlkopf eröffnet ist. In der Regel ist der Patient aus der Narkose erwacht, wenn er ins Bett zurückgebracht ist. Während der Operation wird die Trendelenburg'sche Lage beibehalten. G. näht die Knorpelränder nicht, dagegen die Weichtheilwunde bis auf den unteren Winkel, der für die Drainage offen gehalten wird. G. macht die Eröffnung des Larynx ohne vorhergehende Tracheotomie.

Chevalier Jackson (Pittsburgh): Decanülement und Extubation nach Tracheotomie und Intubation.

J. theilt die verschiedenen Formen der mit erschwertem Decanülement resp. Extubation complicirten Stenosen folgendermaassen ein: 1. Furcht. Die Patienten haben sich derartig an die Athmung durch die Canüle gewöhnt, dass sie die Empfindung haben, sie bekommen nicht genug Luft durch den Mund, auch wenn der Kehlkopf weit offen ist. 2. Spasmus. Die häufigste Ursache für Adductorspasmus ist das lange Tragen der Intubationsröhre. 3. Paralyse. Doppelseitige Ankylose der Cricoarytänoidgelenke kann das Decanülement verhindern, bis die Stenose behoben ist. 4. Neubildungen. Decanülement in solchen Fällen wird davon abhängen, welcher Natur die Neubildung ist. 5. Hyperplastische Form. 6. Narbenstenose und zwar entweder in Folge von Verlust des Knorpels oder in Folge Verlust des Muskelgewebes oder fibröse Form. Die hyperplastischen und narbigen Formen werden wieder eingetheilt in: a) Tuberculose; b) Lues; c) Sclerom; d) Acute infectiöse Krankheiten (Diphtherie, Typhus, Scharlach, Masern, Keuchhusten; e) Debubitus (von der Canüle oder der Tube); f) Trauma (von Tracheotomie, Intubation, Operationen, Suicidversuch).

Ausser der paralytischen und neoplastischen Form sind alle anderen das Resultat einer Entzündung, oft mit Ulceration und secundären Gewebsveränderungen. Wenn Narbenstenose nach Ulceration bleibt, so soll sie ebenso behandelt werden, wie Narbenstenose aus anderen Ursachen, nämlich durch Laryngostomie. In jenen alten Fällen von luetischer Fibrosis, die allen anderen Behandlungsmethoden trotzen, bewirkt das Salvarsan oft Wunder. Emil Mayer hat bei Sklerom die Anwendung der Radiumtherapie empfohlen. Bisher jedoch sind die Resultate so unbefriedigend gewesen, dass sie praktisch die einzigen Fälle darstellen, in denen das Decanülement praktisch unmöglich ist. Wenn in Pittsburgh Typhus vorherrscht, so fand es sich, dass der ulcerative Process das Resultat einer Mischinfection war, in einigen Fällen jedoch war es das Resultat der Thrombose eines kleinen Gefässes mit nachfolgender Nekrose. Die Nachbehandlung dieser Fälle besteht hauptsächlich in prolongirter Intubation und in einigen Fällen in Laryngostomie. Gegen die wuchernden Granulationen hat sich dem Redner nichts besser bewährt als Resorcin. Als ein Stimulans für die Epithelisirung hat

sich das Scharlachroth in 20 g steriler Mixtur bei der Laryngostomie glänzend bewährt.

Emil Mayer (New York) berichtet über ein Verfahren, das sich ihm sehr bewährt hat. In einem Fall, der wegen Diphtherie 5 Jahre zuvor intubirt worden war und wo der Larynx gespalten wurde und Hautüberpflanzungen gemacht worden waren, die aber nekrotisch wurden und wo es zur Bildung von Narbengewebe und hyperplastischem Gewebe gekommen war, wurden Freeman'sche Sonden zur langsamen Dilatation gebraucht. Mittels der Schwebelaryngoskopie gelang es in unglaublich kurzer Zeit eine Dilatation herbeizuführen. Es wurde eine dünne Gummitube eingelegt, eine Woche später eine dickere, bis eine genügend starke eingeführt werden konnte, um die Intubation zu bewerkstelligen. Diese Tube blieb 6 Wochen liegen, das Kind athmet vollkommen und kann feste wie flüssige Speisen ohne Schwierigkeiten schlucken. Das Kind trägt die Tube noch, Mayer hofft aber bestimmt, dass es in diesem ungewöhnlich schwierigen Fall zu einer völligen Heilung kommen werde. Er kann seine Erfahrungen mit der Schwebelaryngoskopie nicht hoch genug rühmen.

Beim Sklerom hat er die Tracheotomie gemacht und direct Röntgenstrahlen applicirt. Ein so behandelter Patient ist bis heute ohne Recidiv geblieben. In einem anderen Falle ist es ihm kürzlich gelungen, den Patienten in zufriedenstellendem Zustand zu halten dadurch, dass bronchoskopische Röhren angewandt wurden.

Emil Mayer.

(Fortsetzung und Schluss folgt.)

---

d) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. November 1912.

Marschik zeigt das anatomische Präparat von einem 4 jährigen Mädchen, das an den Folgen einer durch eine Nadel hervorgerufenen retropharyngealen Eiterung zugrunde gegangen ist. Bei der Extraction der Nadel brach dieselbe ab, es stellte sich Fieber und Nackensteifigkeit ein. Mittels Radioskopie konnte das abgebrochene Stück gesehen werden. Pharyngotomie. Konstatierung einer eitrigen Entzündung des prävertebralen Zellgewebes mit einem langen Fistelgang in eine Zwischenwirbelscheibe. Caries der angrenzenden Wirbelpartien. Extraction der Nadel. Drainage. Nach 3 Wochen Entlassung des Kindes. Nach weiteren 3 Wochen abermals Fieber, Kachexie und Exitus unter den Erscheinungen von Meningitis. Die Obduction ergab eine Meningitis vom Fistelkanal aus, sowie einen metastatischen Abscess im rechten Stirnhirn mit Durchbruch in den Ventrikel und Pyocephalus, sowie mehrere kleine Abscesse.

Glas zeigt zwei Fälle von Radikaloperation der Stirnhöhle und einen Knaben mit Intubationsdiaphragma. Incisionen in den Diaphragmarand und Dehnung mittels Schrötter'schen Hartgummirohrs hatten Erfolg.



Hanszel demonstrirt einen Fall von Tonsilla pendula, die jedesmal bei einer Angina lacunaris aller vier Tonsillen bedeutende Grösse erreichte und Atembeschwerden verursachte.

Tschiassny berichtet über zwei Fälle, in denen Anfälle von Asthma bzw. Aphonie mit öfter wiederkehrenden Glottisspasmen, durch eine chronische Tonsillitis bedingt, durch die Tonsillektomie behoben wurden.

Weiter Demonstration einer Retentionscyste im Nasenrachenraum.

Vorzeigung eines ösophagoskopisch entfernten Knochenstückes und endlich Demonstration eines Narkosekorbes für Oesophagoskopie.

Zu diesen Fällen sprechen Fein, Koschier, Weil, Hutter und Chiari.

Menzel zeigt eine Bronchostenose in Folge eines malignen Mediastinaltumors, in welchem Falle Röntgenbestrahlungen objectiv und subjectiv Besserungen mit sich brachten.

Ferner berichtet Menzel über einen Ersatz der Tamponade nach submucöser Septumresection durch Naht mittels eines eigens construirten Instrumentes.

Zu dieser Demonstration bemerkt Schlemmer, dass Swarta in Milwaukee ein ähnliches Instrument für die Naht angegeben hat.

Schlemmer: Demonstration eines Patienten mit Pharynxstimme nach Totalexstirpation des Larynx durch Dr. Marschik wegen eines auf tuberculöser Basis entstandenen Carcinoms.

Weiter Demonstration eines Patienten, bei dem nach einer Radicaloperation der Kieferhöhle wegen Eiterung einige Monate später sich ein Carcinom entwickelte, welches operirt, bis jetzt nach 5 Monaten noch kein Recidiv aufweist.

Vorstellung eines weiteren Falles von Carcinom der rechten Nasenseite und endlich Vorzeigung des Präparates von einem Falle, in welchem wegen eines Lymphosarkoms der Tumor der Trachea und der oberen Brustapertur mit acht Trachealringen entfernt wurde. Nach 9 Tagen tödliche Blutung aus der Vena anonyma sinistra.

Sitzung vom 4. Dezember 1912.

Fein stellt eine 71jährige Frau vor, bei welcher er wegen eines circumscripten lupösen Tumors der Nasenscheidewand den erkrankten Teil des Septums entfernte. Keine sonstigen Symptome von Tuberculose oder Lupus. Bemerkenswerth ist das hohe Alter der Patientin.

In der Discussion betont Grossmann, dass man eigentlich hier nicht von Lupus, sondern von Tuberculose sprechen sollte, was Fein als ganz irrelevant bezeichnet, da sich beide Benennungsarten decken.

Chiari demonstrirt einen 53jährigen Patienten seiner Klinik, bei welchem er auf operativem Wege einen Metallsplitter aus der Cartilago thyreoidea entfernte.



Marschik zeigt einen Patienten nach Totalexstirpation des Larynx wegen Tuberculose. Da das Krankheitsbild ein solches war, dass in kurzer Zeit der Tod des Patienten infolge Erschöpfung und Inanition zu erwarten war, hat M. vor 14 Tagen nach der Gluck'schen Methode die Totalexstirpation des Larynx in Localanästhesie ausgeführt. Patient befindet sich heute entsprechend besser. Alle conservativen Maassnahmen wurden vor der Operation erfolglos versucht. Der Lungenbefund gab keine Contraindication gegen diesen gewaltigen Eingriff ab.

An diese Demonstration knüpft sich eine längere Debatte und M. versucht in seinem Schlusswort, die von den verschiedenen Rednern geäusserten Bedenken zu zerstreuen, indem er mit dieser Demonstration die Radicalmethode der Totalexstirpation bei Tuberculose nicht verallgemeinern wollte und die Indication sehr strenge zieht.

Neumann stellt eine 48jährige Patientin mit einem Plattenepithelcarcinom des Larynx vor, das eigenthümliche, symmetrische, grob granulirte Wülste bildete. Es wird demnächst die Totalexstirpation mit beiderseitiger Drüsenausräumung vorgenommen.

N. stellt ferner eine 60jährige Patientin mit Struma retropharyngealis vor. Die taubeneigrosse Geschwulst presst den rechten Aryknorpel in den Aditus laryngis hinein und machte plötzlich eine Tracheotomie nothwendig. Der Fall wurde mittels Strumektomie geheilt.

Hanszel zeigt das histologische Präparat der in der letzten Sitzung vorgestellten Tonsilla pendula; es handelte sich um typisches Tonsillengewebe. Bei dem Knaben wurde die beiderseitige Tonsillektomie ausgeführt.

Schlemmer demonstrirt einen 71jährigen Patienten, bei welchem er wegen Carcinoma antri Highmori die Oberkieferresection nach Langenbeck mit befriedigendem Effect ausgeführt hat. Dieser Fall ist in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht gleich interessant und wird besonders die intensive Radiumbestrahlung als äusserst wirksam hervorgehoben.

An der Discussion beteiligten sich Hajek und Grossmann. Ersterer würde sehr wünschen, dass das Radium sich in diesen Fällen bewährt, da die Oberkiefercarcinome eine sehr schlechte Prognose geben. Letzterer berichtet über einen beobachteten Fall von Tuberculose der Nase, bei welchem sich im Verlaufe von Röntgenbehandlung ein Röntgencarcinom der tuberculös erkrankt gewesenen Stelle etablirt hat und hofft, dass bei Radium eine solche Gefahr nicht besteht.

Schlemmer referirt über eine Panantritis bilateralis bei einem kaum dreijährigen Knaben. Das Kind wurde am sechsten Tage krank und bereits sterbend der Radicaloperation unterzogen, doch konnte die Operation das Kind nicht mehr retten. Die Autopsie des $2^1/_2$ Tage nach der Operation gestorbenen Knaben stellte Folgendes fest: Periostitis über dem Stirnbein, fortschreitende Vereiterung durch die Siebbeinknochen. Sequestration der rechten Nasenbeinhälfte sowie der Crista gallinaria. Pachymeningitis purulenta externa in der rechten vorderen Schädelgrube. Durchbruch der Jauchung über dem rechten Siebbein auf

die Innenfläche der Dura mater und consecutive eitrige Pachymeningitis interna und Leptomeningitis, insbesondere über der linken Grosshirnhemisphäre. Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis in seinem vorderen Drittel. Acutes Hirnödem. Metastatisch verjauchter Abscess im rechten Lungenoberlappen. Fettige Degeneration des Herzmuskels; parenchymatöse und fettige Degeneration der Nieren, Fettleber, Follikelschwellung in der Milz. Entzündliche Hyperplasie der beiderseitigen Submaxillar- und Halslymphdrüsen.

In der Discussion bemerkt Hajek, dass in diesen Fällen häufig nicht die Sinusschleimhäute, sondern das Knochengerüst primär erkrankt sind und dann kann natürlich von einer primären Pansinuitis nicht gesprochen werden. Schlemmer bemerkt, dass er in dem Terminalstadium der Erkrankung nicht mehr sicher entscheiden konnte, ob der Knochen oder die Schleimhäute das primär Erkrankte waren. Doch meint er nach dem histologischen Befunde (Prof. Stoerk) annehmen zu können, dass der Knochen erst secundär erkrankt war.

Sitzung vom 15. Januar 1913.

Fein stellt eine 68jährige Frau vor mit anscheinend benignem weichen Papillom, das die ganze rechte Nasenseite ausfüllte.

Réthi macht eines ähnlichen Falles Erwähnung.

Glas zeigt einen Fall von primärem Pemphigus des Kehlkopfes. Die histologische Untersuchung ausstehend.

Marschik: 1. Larynxstenose in Folge beiderseitiger Ankylose der Arytaenoidgelenke nach Typhus mit Laryngotomie behandelt.

2. Einen Fall von Panantritis mit Verdacht auf intracranielle Complication (Korsakow'scher Symptomencomplex). Bei der Radicaloperation nach Riedel fand sich ein orbitaler Recessus von ungewöhnlicher Ausdehnung nach hinten zu. Laterale Trepanation der Schädelhöhle. Da die Dura normal war, lag keine Veranlassung vor, ins Gehirn einzugehen. Siebbein-, Keilbein- und Kieferhöhle radical operirt. Injection von 2 g Urotropin und 4 g per os täglich. Nach zwei Wochen starker Rückgang der intracraniellen Symptome und des Korsakowschen Complexes. Es dürfte sich um eine Meningitis serosa gehandelt haben.

3. Zerstörung der Vorder- und Hinterwand der Stirnhöhle in Folge Eiterung bei einem Patienten. Operation mittelst peroraler Intubation. Urotropin. Glatter Verlauf.

Zu diesen Fällen sprechen Glas und Weil.

Schlemmer entfernte bei einer Patientin mit Hysteria laryngis, welche nach einer Faradisation eine geringe Rötung und Schwellung des rechten Stimm- und Taschenbandes mit träger Beweglichkeit des rechten Aryknorpels bekam, einen kleinen ödematösen Knoten der Schilddrüse, worauf rasch Besserung des Larynxbefundes eintrat.

2. Vorstellung eines 5jährigen Kindes nach Radicaloperation des Siebbeins und Stirnhöhle wegen acuter Eiterung.

In der Discussion bemerkt Hanszel, dass es sich im ersten vorgestellten Falle um ein angioneurotisches Oedem des Larynx bei einer Hysterica gehandelt haben dürfte und man mit der Strumektomie hätte noch zuwarten können, nachdem dieses Oedem spontan wieder verschwindet. In ähnlichem Sinne äussert sich Réthi.

Schlemmer bemerkt, dass die Patientin auf eine Operation drang und der kleine Eingriff jedenfalls seinen Zweck erfüllte, wenn sich auch nachher noch Heiserkeit einstellte. Hanszel.

III. Briefkasten.

Aufstellung einer Büste für Emilio de Rossi in Rom.

Bei Gelegenheit des im November v. J. in Rom abgehaltenen XVI. Congresses der Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia wurde im Policlinio Umberto I. eine Broncebüste Emilio de Rossi's, des Begründers der Oto-Laryngologie in Italien, feierlich enthüllt.

---

40. Stiftungsfest der Section on Laryngology and Rhinology of the New York Academy of Medicine.

Die Section, die aus der New York Laryngological Society hervorgegangen ist, feierte am 25. November das Fest des 40jährigen Bestehens. Sie ist die älteste laryngologische Gesellschaft der Welt. Dr. Clinton Wagner, der Begründer der Gesellschaft, deren Präsident zur Zeit Dr. W. W. Cartor ist, war selbst anwesend und hielt eine Ansprache. Dr. Bryson Delavan überreichte der Gesellschaft eine bronzene Gedenktafel und stiftete eine historische Sammlung von laryngologischen Instrumenten und Büchern.

---

25. Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft.

Am 15. Februar d. J. feiert die Berliner Laryngologische Gesellschaft das Fest ihres 25jährigen Bestehens. Es wurden aus diesem Anlass eine grössere Anzahl auswärtiger Fachcollegen zu correspondirenden resp. Ehrenmitgliedern ernannt. Ehrenmitglieder wurden die Herren: Sir St. Clair Thomson (London), Dundas Grant (London), Luc (Paris), Moure (Bordeaux), Lermoyez (Paris), Zwaardemaker (Utrecht), Jurasz (Lemberg), Pieniazek (Krakau), Simanowsky (St. Petersburg), Siebenmann (Basel), Schmiegelow (Kopenhagen). Zu correspondirenden Mitgliedern wurden gewählt die Herren: Segura (Buenos Aires), Broeckaert (Gent), Delsaux (Brüssel), Mygind (Kopenhagen), Brown Kelly (Glasgow), Logan Turner (Edinburg), Herbert Tilley (London), Burger (Amsterdam), Ino Kubo (Fukuoka), Gradenigo (Turin), Ferreri (Rom), Paunz (Budapest), Réthi (Wien), Stepanow (Moskau), Holmgren (Stockholm), v. Uchermann (Kristiania).

IV. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress.

Am 18. Januar fand in Hamburg eine Besprechung wegen der im nächsten Jahre daselbst stattfindenden Congresse für Laryngo-Rhinologie und für Otologie statt. Anwesend waren die vorläufig designirten Vorsitzenden resp. Schriftführer der beiden Congresse, die Herren Killian und Finder (Berlin), Hoffmann (Dresden), Denker (Halle) und v. Eicken (Giessen), sowie die Mitglieder des Hamburger Localcomités, nämlich die Herren Thost, Zarniko, Albanus, Ludewig, Hofmann, Jacoby. Es wurde beschlossen, dass der Internationale



Laryngo-Rhinologencongress vom 9. bis 11. September stattfinden soll, im unmittelbaren Anschluss an den Internationalen Otologencongress, der vom 6. bis 8. September tagen wird. Die Festlichkeiten, Empfänge etc. werden gleichmässig über die ganze Congresswoche vertheilt werden.

Heinrich Grabower †.

Am 27. Januar starb unser sehr verehrter Mitarbeiter Prof. Heinrich Grabower; sein Tod bedeutet einen schweren Verlust für die deutsche Laryngologie, zu deren besten Vertretern er zählte. Wir werden in der nächsten Nummer seine Verdienste eingehend würdigen.

Personalnachrichten.

Prof. Killian ist dazu bestimmt worden, im Mai d. J. in London die Semon-Lectureship zu halten.

Prof. Dr. Eugène Felix in Bukarest hat den ersten Lehrstuhl für Oto-Laryngologie in Rumänien erhalten.

Privatdocent Dr. Streit in Königsberg hat den Professortitel erhalten.

Prof. Dr. L. Réthi (Wien) ist zum correspondirenden Mitglied der Laryngologischen Section der Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest ernannt worden.

Dr. Fein (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, März. 1914. No. 3.

I. Heinrich Grabower †.

Am 27. Januar starb in Berlin der Privatdocent für Laryngologie an der dortigen Universität Prof. Dr. Heinrich Grabower. Er hatte, bevor er sich der Laryngologie zuwandte, 15 Jahre lang in Berlin allgemeine Praxis betrieben; seine specialistische Ausbildung verdankte er Bernhard Fränkel, in dessen Poliklinik er viele Jahre lang arbeitete. Im Jahre 1899 habilitirte er sich an der Universität Berlin und im Jahre 1908 wurde ihm das Prädikat Professor verliehen.

Grabower's Tod bedeutet einen empfindlichen Verlust für die Wissenschaft der Laryngologie. Sein Arbeitsgebiet war ein begrenztes; aber es giebt nur sehr wenige, die auf diesem Gebiet mit so unermüdlichem Eifer, so eindringendem Verständniss und so schönem Erfolge thätig gewesen sind, wie er. Vom Anbeginn seiner laryngologischen Laufbahn an wandte sich Grabower der Frage zu, die den Hauptinhalt seiner Lebensarbeit bilden sollte, der Frage von der Innervation des Kehlkopfes. Bereits in seiner ersten grösseren wissenschaftlichen Arbeit, die er im Physiologischen Institut der Universität Berlin anfertigte, konnte er den Nachweis führen, dass nicht, wie man bis dahin fast allgemein angenommen hatte, der Accessorius die motorische Innervation des Kehlkopfs besorgt, sondern dass dies einzig dem Vagus zu-

kommt. Er hatte diesen Nachweis zunächst auf dem Wege des Thierexperiments geführt; um dem Einwand zu begegnen, dass Vagus und Accessorius eine gemeinsame Kernanlage besässen und dass so beide Kerne de facto eine untrennbare Einheit bilden, stellte er histologische Untersuchungen an, deren Resultat war, dass jene Annahme nicht zutrifft und dass es falsch ist, ferner von einem „Vago-Accessoriuskern" zu sprechen. Er konnte schliesslich noch seine experimentell-physiologischen und histologischen Untersuchungen durch die klinische und pathologisch-anatomische Beobachtung bekräftigen, indem er bei einem Fall von Kehlkopflähmung aus centraler Ursache den Nachweis führte, dass das anatomische Substrat der Lähmung eine Atrophie der Vaguswurzeln war, während die Accessoriuswurzeln völlig intact waren.

Eine zweite Reihe von Arbeiten Grabower's beschäftigt sich mit dem Semon'schen Gesetz; er half, die Einwände, die gegen die Gültigkeit des Gesetzes von einigen Seiten gemacht wurden, zu widerlegen und wie es stets gerade für die feinsten Köpfe unseres Faches einen besonderen Reiz hatte, eine Erklärung für das in jenem Gesetz enthaltene Phänomen zu suchen, so trat auch Grabower mit einem solchen Erklärungsversuch auf den Plan. Während aber die anderen Autoren ihren Untersuchungen zum Semon'schen Gesetz eine experimentell-physiologische Grundlage gaben, bestand das Originelle in Grabower's Methode darin, dass er der Lösung der Frage auf histologisch-anatomischem Wege beizukommen suchte. Zu statten kamen ihm dabei seine ausgezeichneten anatomischen Kenntnisse und seine Vertrautheit mit den modernen Methoden der Neurohistologie. So betrieb er denn seine anatomischen Studien mit unermüdlichem Fleiss und geradezu exemplarischer Gründlichkeit und Jahre lang konnte man ihn Tag für Tag schon in den frühen Morgenstunden an dem Arbeitsplatz finden, den er im ersten anatomischen Institut der Universität inne hatte. Auf Grund dieser Untersuchungen glaubte Grabower eine befriedigende Erklärung für das Semon'sche Gesetz gefunden zu haben, indem er die grössere Hinfälligkeit des Posticus auf seinen geringeren Gehalt an nervösen Elementen und auf die besondere Beschaffenheit der Nervenendigungen in ihm zurückführte.

Grabower war auch der erste, der den Veränderungen in den gelähmten menschlichen Kehlkopfmuskeln erhöhte Aufmerksamkeit zuwandte und diese Veränderungen sorgfältig studierte. Noch der letzte an Anregungen und interessanten Ausblicken in die allgemeine Pathologie überaus reiche Vortrag, den er — schon ein todtkranker Mann — in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft hielt, beschäftigte sich mit diesem Gegenstand und belehrte uns darüber, dass der bisher gebrauchte Ausdruck „Inactivitätsatrophie" nicht mehr zu Recht bestehen kann.

Grabower war ein ausgezeichneter Redner; der Schwung seines Vortrages, die edle, auf das sorgfältigste gewählte Form des Ausdrucks belebte jede Materie. Als im Jahre 1901 die Klinik für Hals- und Nasenkranke in der Charité eröffnet wurde und die erste, ein besonders feierliches Gepräge tragende Sitzung der Laryngologischen Gesellschaft in dem Auditorium der neuen Klinik stattfand, hielt Grabower eine ebenso formvollendete wie gedankenreiche Festrede über: „Die Förderung der Medicin durch die Laryngologie."

Als nach Rosenberg's Tode die Stelle des ersten Schriftführers der Laryngologischen Gesellschaft vacant wurde, rückte Grabower, der bis dahin stellvertretender Schriftführer gewesen war, in jene Stelle ein, die ihm zu bekleiden nur eine so kurze Zeit vergönnt sein sollte. Während dieser Zeit hat er dem „Internationalen Centralblatt" werthvolle Dienste als Mitarbeiter geleistet, indem er die Sitzungsberichte der Gesellschaft lieferte und auch gelegentlich über ihn besonders interessirende Publicationen Referate schrieb, die sich durch ihre Sachkenntniss und Gründlichkeit auszeichneten.

In den letzten Jahren seines Lebens widmete Grabower einen grossen Theil seiner Arbeit der auf Alexander's und seine Anregung ins Leben gerufenen Internationalen Sammelforschung für die Ozaena.

Der Verstorbene war ein Mann von grosser Humanität; er bethätigte seine Hülfsbereitschaft in zahlreichen Wohlthätigkeitsbestrebungen. Er war liebenswürdig und zuvorkommend gegen jedermann; sein Wesen trug das Gepräge jener Höflichkeit und Verbindlichkeit, die in unserer Zeit, wo die Ellbogenfreiheit von vielen als oberstes Gesetz proclamirt wird, schon fast altfränkisch anmuthet. Seine Bescheidenheit, seine lautere Gesinnung, seine Verlässlichkeit und Treue erwarben ihm Achtung und Beliebtheit und sichern ihm ein treues Andenken bei allen, die ihn kannten. Finder.

Grabower's Arbeiten.

1. Ueber Kehlkopfsyphilis. Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1888.
2. Das Wurzelgebiet der motorischen Kehlkopfnerven. Centralbl. f. Physiologie. No. 20. 1890.
3. Bericht über den Verlauf von 40 Kehlkopftuberculosen unter der Einwirkung des Koch'schen Heilmittels. Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1891.
4. Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis. Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1892.
5. Kehlkopfmuskellähmung. Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1893.
6. Posticuslähmung bei Tabes als erstes Symptom. Münchener med. Wochenschrift. No. 18. 1893.
7. Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. Vagus und deren gegenseitige Beziehungen. Arch. f. Laryng. Bd. II.



8. Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfs. Arch. f. Laryng. Bd. V.
9. Zu Onodi's Stimmbildungscentrum. Arch. f. Laryng. Bd. VI.
10. Zur Medianstellung des Stimmbandes. Arch. f. Laryng. Bd. VII.
11. Ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Kehlkopfs. Arch. f. Laryng. Bd. X.
12. Die Förderung der Medicin durch die Laryngologie. Verhandl. d. Berliner Laryng. Gesellschaft. 1901.
13. Ueber Nervenendigungen im menschlichen Muskel. Arch. f. mikr. Anatomie. Bd. LX. H. 1.
14. Die Vertheilung und Zahl der Nervenfasern in den Kehlkopfmuskeln und die Hinfälligkeit des Erweiterers der Stimmritze. Arch. f. Laryng. Bd. XVI.
15. Zur Recurrensfrage. Arch. f. Laryng. Bd. XVIII.
16. Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln. Arch. f. Laryng. Bd. XXI.
17. Bemerkungen zur centralen Kehlkopfmuskellähmung und zum Rosenbach-Semon'schen Gesetz. Arch. f. Laryng. Bd. XXIII.
18. Klinischer Beitrag zur Function des M. thyreocricoideus. Arch. f. Laryng. Bd. XXV.
19. Zur Frage eines Kehlkopfcentrums in der Kleinhirnrinde. Arch. f. Laryng. Bd. XXVI.
20. Die diagnostische Bedeutung der Kehlkopflähmung. Berliner klin. Wochenschrift. No. 15. 1911.
21. Ueber die Degeneration functionell gelähmter Kehlkopfmuskeln und die „Inactivitätsatrophie". Vortrag, gehalten in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, December 1913 (erscheint demnächst im „Archiv für Laryngologie").

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **R. Hoffmann** (München). **Die Abderhalden'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 57. S. 1308. 1913.*

Verf. empfiehlt, die Abderhalden'sche Methode auch in der Oto-Rhino-Laryngologie anzuwenden, da verschiedene Capitel aus der Pathologie der internen Secretion auch für unser Specialfach grosses Interesse beanspruchen. Die Abderhalden'sche Reaction kann durch jeden praktischen Arzt ausgeführt werden; doch ist es nothwendig, dass man sich streng an die Vorschriften von Abderhalden hält. Verf. empfiehlt die Reaction speciell auch bei Heufieber und Otosklerose.

OPPIKOFER.

2) **Lobedank** (Hagenau). **Kurze praktische Anleitung zur Erkennung aller Formen des Kopfschmerzes.** *Würzburg. C. Kabitzsch. 1914.*

Bei der Abfassung der vorliegenden Schrift liess sich der Verf. von dem Ge-

danken leiten, dem Arzt ein praktisches Hülfsmittel an die Hand zu geben, das ihm die Auffindung des Grundleidens bei Klagen über Kopfschmerzen erleichtern soll. Die Anleitung zum Krankenexamen und zur Untersuchung bei Kopfschmerz sind kurz und übersichtlich geordnet, Tabellen umfassen die wichtigsten als Kopfschmerzursache möglichen Krankheitszustände. Soweit es sich um mit Nasenerkrankungen in Zusammenhang stehende Kopfschmerzen handelt, dürften die Untersuchungsergebnisse etwas eingehendere Berücksichtigung gefunden haben.

SEIFERT.

3) **J. Sendziak. Die bösartigen Geschwülste in den oberen Luftwegen und den Ohren. (Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych oraz w uszach.)** *Gaz. Lek. No. 45. 1913.*

Verf. hatte im Laufe von 23 Jahren 333 bösartige Geschwülste der obengenannten Organe gesehen, wobei 1. 29 in der Nase, deren Nebenhöhlen und Nasopharyngealraum; 2. 160 in der Mundhöhle, dem Rachen und Oesophagus; 3. 136 im Kehlkopf und Trachea; 4. 8 in der Thyreoidea und den Ohren vorgefunden wurden. Es waren 275 Krebse und 58 Sarkome. Die Letzteren wurden in der Nasenhöhle und dem Nasenrachenraum öfter vorgefunden, dagegen in den übrigen genannten Organen die Carcinome. In der Nasenhöhle und den Nebenhöhlen findet man die Sarkome häufiger vor dem beendeten 50. Jahre, die Carcinome nach dem 50. Jahre. Die Männer werden häufiger befallen.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Willy Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Ueber die „Cylindrome" der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Es handelt sich um Geschwülste von eigenthümlichem Verhalten in morphologischer und biologischer Hinsicht. Besonders hervortretend sind die hyalinen Entartungen der Gefässe, des Stromas und der Geschwulstzellen, die netzförmige Anordnung der Zellstränge, in klinischer Beziehung die relative Gutartigkeit, das langsame Wachsthum, das seltene Vorkommen von Metastasen und die Neigung zu localer Recidivbildung.

In dem ersten Falle handelte es sich um ein Cylindrom der Nase und deren Nebenhöhlen bei einem 57jährigen Manne mit allmählich destruirendem Wachstum. Der Tumor wies einen zwar local begrenzten, doch ausgesprochen malignen Charakter auf ohne Metastasenbildung.

In dem zweiten Falle bestand bei einer 30jährigen Frau ein walnussgrosser Tumor der rechten Plica aryepiglottica, der bei der Probeexstirpation ausgehustet wurde und zu beängstigender Blutung führte.

W. SOBERNHEIM.

5) **Bettmann. Ueber combinirte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum.** Aus der Heidelberger Universitäts-Hautklinik. *Münchener med. Wochenschr. No. 15. 1913.*

Die Mittheilung der von Bruck und Glück angegebenen Wirkungen der intravenösen Infusionen von Aurum-Kalium cyanatum auf tuberculöse und syphilitische Processe der Haut (Münchener med. Wochenschr., 1913, No. 2) veranlasste

Verf., diese Versuche nachzuprüfen und die Methode mit Alttuberculin combinirt bei Lupuskranken zu erproben. Die bisherigen Beobachtungen fasst er in folgenden Schlüssen zusammen: „Praktisch ergiebt sich aus der Combination des Aurum-Kalium cyanatum mit dem Alttuberculin beim Lupus ein therapeutischer Effect, der denjenigen des Goldpräparates allein deutlich übertrifft, und der beachtenswerth bleibt, auch wenn die Methode nicht zur definitiven Heilung führt. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass es durch die Combination gelingt, die Tuberculinwirkung zu verstärken und diese in Fällen wieder anzuregen, in denen das Tuberculin für sich allein zu versagen beginnt. Aber unsere Beobachtungen zeigen auch, dass man dabei auf schwere Tuberculinreactionen gefasst sein muss, die man ja nach Möglichkeit speciell bei inneren Tuberculosen zu vermeiden sucht. Somit können sich also wiederum Bedenken gegen die Anwendung der Methode und Einschränkungen gerade aus Gründen ergeben, auf denen schliesslich vielleicht zum grössten Theil die Wirksamkeit jener Behandlung beruht.“ HECHT.

6) **Gerber. Die Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohrerkrankungen mit Salvarsan und anderen Arsenpräparaten.** *Münchener med. Wochenschr. No. 43. 1913.*

Das dem Internationalen medicinischen Congress in London 1913 erstattete Referat, dessen ausführliche Ausarbeitung mit Litteratur in Passow-Schaefer's Beiträgen erscheint, ist in obiger Nummer enthalten und berichtet nach kurzen Betrachtungen über die Entwicklung und heutige Bedeutung der Arsentherapie über die Erfolge, die mit Salvarsan und Neosalvarsan im Bereich der oberen Luftwege und des Ohres erzielt wurden. Indicationen, Contraindicationen, Methodik und Technik finden kritische Würdigung. HECHT.

7) **Achard. Die locale Anwendung des Salvarsan bei der Behandlung der Spirochätosen. (Les applications locales d'arsenobenzol dans le traitement des spirochétoses.)** *Monde médical. No. 504. 1914.*

Verf. war der erste, der zur localen Anwendung des Arsenobenzols in einem Falle von Angina Vincenti rieth. Seitdem ist diese Behandlung häufig geworden, und Verf. führt einige diesbezüglichen Veröffentlichungen auf. Auch andere Stomatitiden sind dann analog behandelt worden. In letzter Zeit haben namentlich die Zahnärzte zur localen Anwendung des Mittels, namentlich bei Complicationen nach Zahnextractionen gegriffen. Ja sogar in einem Falle von Pyorrhoea alveolaris hat sich das Mittel bewährt. Die locale Anwendung ist von allen schädlichen Folgen frei. Man kann das Mittel in Pulverform unbedenklich aufstreuen, sogar zwei- und dreimal am Tage. Andere benutzen es in mehr oder weniger stärkeren wässrigen Lösungen oder in Glycerin. Wenn diese Lösungen nicht zum Ziele führen, ist es immer angezeigt, zur Pulverform Zuflucht zu nehmen. Die intravenöse Einspritzung steht der localen Anwendung nach. LAUTMANN.

8) **G. Rosenthal. Die Inhalationen mittels der warmen Sauerstoffdouche. (La pratique de l'inhalation et de la douche d'oxygène chaud gomenté par „l'inhalateur clinique Universel".)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. Tome XVI. No. 5. 1913. Archives générales de médecine. August 1913.*

Es handelt sich im Grossen und Ganzen um die Empfehlung eines In-

halationsapparates eigener Construction (durch Brunneau-Paris), der gestattet, trockene Dämpfe in verschiedener Temperatur einzuathmen, und dann auch die Möglichkeit giebt, den Druck zu regeln. Namentlich ist der Apparat geeignet, Sauerstoff rein oder mit ätherischen Oelen getränkt zur Inhalation zu bringen (mit Gomenol), um so den ziemlich wirkungslosen O-Ballon zu ersetzen. Verf. sieht in der Anwendung seines Apparats ein Mittel, die meisten Lungenleiden, ferner die Ozaena usw. zu behandeln. LAUTMANN.

9) **H. de Stella. Das Drüsenfieber. (La fièvre ganglionnaire.)** *Annales et bulletin de la société de médecine de Gand. Juni/Juli 1913.*

Das Drüsenfieber ist eine Infectionskrankheit, bedingt durch Staphylokokken oder Streptokokken, die stets mit einer gutartigen Affection der Mundrachenhöhle beginnt. Es stellt einen Symptomencomplex für sich dar. Die Behandlung ist in erster Linie symptomatisch. PARMENTIER.

10) **Hans Wüllenweber. Ueber angeborene Halsgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung ihrer Malignität.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1913.*

Verf. berichtet über zwei von ihm im Pathologischen Institut der Universitäts-Frauenklinik untersuchte sehr interessante Fälle; in beiden handelte es sich um maligne congenitale Halstumoren, und zwar in dem einen Fall um einen von der Schilddrüse seinen Ausgang nehmenden Tumor, in dem anderen um einen Tumor der Glandula submaxillaris. Der erste Fall wird als „congenitale Mischgeschwulst mit maligner Tendenz", der zweite als „Cystosarkom" definirt. FINDER.

11) **L. Ledoux. Die directe Untersuchung der Athmungswege. (L'examen direct de l'arbre respiratoire.)** *Annales de la policlinique centrale. No. 9. 1913.*

Uebersicht über die directen Untersuchungsmethoden mit Einschluss der Schwebelaryngoskopie; Würdigung der Bronchoskopie für die Diagnostik der Stenosen in den Luftwegen und der Fremdkörper. PARMENTIER.

12) **H. Barwell. Die Untersuchung der oberen Luftwege. (The examination of the upper air passages.)** *Clinical journal. 24. September 1913.*

Eine kurze nichts Neues enthaltende Uebersicht über die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden. A. J. WRIGHT.

13) **Fr. Th. Henrich. Beitrag zur Klinik der directen Untersuchungsmethoden.** Mit 1 Röntgenphotographie. Aus der Grossherzogl. Univ.-Klinik für Hals- und Nasenkranke in Freiburg i. Br. (Director: Prof. Kahler). *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

Hinweis auf die Bedeutung und die weitere Vervollkommnung der directen Untersuchungsmethoden (Oesophagoskopie, Tracheo- und Bronchoskopie, sowie Schwebelaryngoskopie) und Bericht über eine Reihe einschlägiger Fälle: Entfernung von: 1. einer in einer Fleischmasse eingehüllten Knochenspitze aus dem Hypopharynx; 2. eines fünfpfennigstückgrossen Knochenstückes aus dem Hypopharynx; 3. einer 20 cm von der Zahnreihe entfernt sitzenden, verschluckten, eingekeilten Prothese, 4. einer aspirirten Goldplombe aus dem linken Bronchus

nahe der Abgangsstelle des Unterlappenbronchus; 5. Diagnose eines im rechten Bronchus an der Bifurcation des Mittellappenbronchus sitzenden Carcinoms nebst Sectionsbefund; 6. Diagnose eines Aortenaneurysmas und 7. eines luetischen Geschwürs der Trachea am 3. Trachealring, sowie eines Aortenaneurysmas; 8. erfolgreiche Operation von Kehlkopfpapillomen bei einem $3^1/_2$ jährigen Kinde in Schwebelaryngoskopie, bei dem sich auch im Hypopharynx und Oesophaguseingang zahlreiche Papillome vorfanden, die angeblich gar keine Schluckbeschwerden bedingt hatten. Zum Schlusse empfiehlt Autor noch die Cocainisirung und Anämisirung des Kehlkopfes in Schwebelaryngoskopie als Vorbereitung vor extralaryngealen Operationen, die, wie der angeführte Fall eines nach Gluck operirten Kehlkopfcarcinoms beweist, die Blutung bei Durchschneidung des Kehlkopfes bedeutend verringert und dadurch das Operationsfeld viel übersichtlicher gestaltet.

HECHT.

14) **John McCoy. Erfahrungen mit directer Laryngoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Experiences with direct laryngoscopy, bronchoscopy and oesophagoscopy.)** *New York State journal of medicine. December 1913.*

Fall 1. Kind mit Papillomen im Larynx; ausgesprochene Dyspnoe. Entfernung mittels directer Laryngoskopie unter Chloroformnarkose; die Narkose war wegen der fast völligen Verlegung des Larynx recht schwierig. Nach der Operation war die Athmung fast normal. Nach 4 Wochen Entfernung von Adenoiden und Tonsillen. Nach abermals 4 Wochen wieder Dyspnoe und ebenso grosse Papillommassen im Larynx wie bevor. Tracheotomie; möglichst gründliche Ausräumung des Larynx, darauf wieder Recidiv. Nun einmal alle 2 Wochen Anwendung der Fulgurationsmethode mittels der directen Methode. Das Kind trägt noch die Tracheotomiecanüle; die Tumoren sind erheblich geschrumpf, und Verf. hofft für die nächste Zukunft völlige Heilung.

Fall 2. Blutung aus der Trachea, als deren Ursache eine Venektasie in der Trachea gefunden wurde. Aetzung mit Silbernitrat.

Fall 3. Entdeckung einer Infiltration an der Hinterwand der Trachea mit Ulceration.

Fall 4. Bei der Oesophagoskopie fand man eine Verengerung des Oesophagus durch einen festen, nicht ulcerierenden Tumor. Bei der Section fand sich ein grosses ulcerirendes Carcinom am unteren Ende der Speiseröhre; das obere Ende des Carcinoms stellte eine carcinomatöse Infiltration dar, welche das Lumen verlegte.

EMIL MAYER.

15) **W. G. Howorth. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Lancet. 4. October 1913.*

Fall 1. Ein Stück Zinn subglottisch bei einem 9 Monate alten Kind eingekeilt. Entfernung einige Stunden darauf mit Hilfe des Brünings'schen Röhrenspatels und Zange in Chloroformnarkose.

Fall 2. Ein Stück von einer Tracheotomiecanüle durch untere Bronchoskopie aus dem rechten Bronchus eines 50jährigen Mannes mit chronischer Kehlkopfstenose entfernt.

Fall 3. Ein Stück von einer Haarnadel wurde wenige Tage nach der Aspiration zweimal vergebens mittelst oberer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus zu entfernen versucht; die Versuche misslangen, weil die Spitzen der Nadel in die Wand eingespiesst waren. Schliesslich Entfernung mittelst unterer Bronchoskopie. Verf. fand dabei die Anwendung eines Brünings'schen Rohres mit sehr schräg abgeschnittenem Ende von grossem Vortheil.

Fall 4. Entfernung einer Nadel aus dem linken Bronchus eines 10jährigen Knaben mittelst oberer Bronchoskopie.

A. J. WRIGHT.

16) **Guisez. Diagnose und Behandlung der Fremdkörper der Luftwege. (Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies aériennes.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 6. 1913.*

Die zusammenfassende Arbeit Verf.'s basirt namentlich auf seinen eigenen Erfahrungen, die er an 42 Fremdkörperfällen hat sammeln können. Die Angaben über Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Technik der oberen und unteren Bronchoskopie bringen nichts Neues. Die speciellen Erfahrungen, die Verf. an seinen Fällen hat machen können, hat er schon wiederholt gelegentlich der Einzelveröffentlichung der Fälle mitgetheilt. Aus seiner Statistik geht hervor, dass Verf. auf 42 Fälle die Endoskopie 41 mal auszuführen Gelegenheit hatte. Bei 37 Patienten gelang die Extraction des Fremdkörpers, bei 2 Patienten misslang dieselbe und 3 Patienten starben trotz gelungener Extraction.

LAUTMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **Wolff Freudenthal. Warum ist der Nasenkatarrh in den Vereinigten Staaten so verbreitet? (Why is nasal catarrh so prevalent in the United States?)** *New York medical journal. 3. Januar 1914.*

Verf. führt die Häufigkeit der Katarrhe in den oberen Luftwegen auf den durch die Centralheizung bedingten Mangel an Feuchtigkeit in den Wohnräumen und öffentlichen Versammlungsplätzen, Kirchen, Theatern, Concertsälen u. s. w. zurück. Er plaidirt für Einführung wirksamer Maassregeln, um diesem Uebelstand zu begegnen, und für möglichste Abhärtung der Jugend gegen alle Unbill der Witterung.

EMIL MAYER.

18) **Erich Grethe. Beiträge zur Frage der descendirenden Katarrhe bei Nasenaffectionen.** *Inaug.-Dissert. Göttingen.*

Verf. hat in 62,9 pCt. der Fälle von Katarrhen des Rachens, des Larynx, der Trachea eine Descendenz der Erkrankung von der Nase her feststellen zu können geglaubt, und zwar waren Rhinitis hypertrophica, Deviatio septi, Ethmoiditis hyperplastica, Ethmoiditis suppurativa, sowie hyperplastische und eitrige Entzündung der übrigen Nasennebenhöhlen, Rhinitis atrophicans und adenoide Vegetationen der Ausgangspunkt der Katarrhe. Verf. zieht aus seinen Feststellungen für die Therapie der chronischen Katarrhe die Consequenz, dass diese sich in erster Linie gegen das zu Grunde liegende Nasenleiden zu richten hat.

FINDER.

19) **Jonathan Wright** (New York). **Die atrophische Rhinitis in ihren geschichtlichen, ätiologischen und histologischen Beziehungen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Das erste Capitel bringt eine vorzügliche Literaturübersicht. — In Bezug auf die histologische Pathologie meint Verf., dass in Folge einer intranasalen Entzündung oder einer konstitutionellen Dyskrasie oder der physiologischen Altersveränderung eine Verdickung der fibrösen Elemente im Periost oder Perichondrium entsteht. Durch mangelhafte Ernährung entstehen Metaplasie und Verhornung des Oberflächenepithels, Rundzelleninfiltration, Zerstörung der Blutgefässe, Drüsen, elastischen Fasern, Knochen, besonders der unteren Muscheln, glatten Muskelfasern. Das zerstörte Gewebe wird durch fibröses Bindegewebe ersetzt. Das übelriechende Secret besteht aus Excreten von Lipoproteiden, die durch Gewebszerfall und fehlerhafte Drüsenfunction gebildet werden. — Mit dem späten Alter hört dieser destructive Metabolismus auf. — W. SOBERNHEIM.

20) **K. K. Wheelock. Eine neue und erfolgreiche Behandlung der atrophischen Rhinitis. (A new and efficient treatment of atrophic rhinitis.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Verf. empfiehlt die von Louis Jacobs angegebene Methode der Behandlung mit Scharlachroth (cfr. Centralbl. Nov. 1913, S. 540). EMIL MAYER.

21) **G. Bilancioni. Ozaena und Tuberculose. (Ozena o tuberculosi.)** *Atti della clinica otorinolaringoiatrica. Rom. Vol. X. 1913.*

Verf. hat bei 38 Ozaenakranken die Pirquetreaction angestellt mit folgendem Resultat: 13 positiv, 17 negativ, 8 zweifelhaft. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Ozaena kommt vorwiegend vor bei jungen Leuten, bei „lymphatischen" Individuen mit tuberculösem Habitus.

2. Bei Personen mit activer Kehlkopf- und Lungentuberculose, gleichgiltig welchen Alters und Geschlechts, ist die wirkliche Ozaena sehr selten, während hingegen die Rhinitis hypertrophica oder die Rhinopharyngitis atrophicans relativ häufig sind. Ueber das Vorwiegen der einen oder der anderen Form, je nach dem Stadium der Tuberculose oder dem morphologischen Typus, lässt sich nach den vom Verf. gesammelten Zahlen nichts Bestimmtes aussagen.

3. Die Ozaenatösen können durch verschiedenen Mechanismus lungentuberculös werden; immerhin handelt es sich in einigen Fällen nicht um eine Symbiose der beiden Infectionen, sondern um ein Fortschreiten der Ozaena auf Kehlkopf und Trachea oder um Formen von sklerosirenden Bronchopneumonien, die secundär zu den Störungen der Nasenfunction hinzukommen. CALAMIDA.

22) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Gegenwärtige Behandlung der Ozaena. (Coryza atrophique ozenateux.)** *Berliner klin. Wochenschr. No. 19. 1913.*

Verf. hält die Ozaena für heilbar. Er empfiehlt zunächst eine „Massage mit Hilfe von Nasendouchen" anzuwenden. Diese soll mit Hilfe einer Clysopompe ausgeübt werden, und die Flüssigkeit ist von vorn und vom Nasenrachen her durch-

zutreiben. Daran schliesst sich eine Oelverstäubung auf die gereinigte Schleimhaut. — Ein zweites wirksames Mittel ist die Vibrationsmassage der Schleimhaut. Auf diese folgt eine Bestäubung mit Sol. arg. nitric. 1:20—1:5. — Als drittes Mittel rühmt Verf. Paraffininjectionen unter die atrophische Schleimhaut, deren Technik er schildert.

ZARNIKO.

23) **Robert Foy. Ozon und Ozaena. (Ozon et ozène.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 8. 1913.*

Abdruck eines Vortrags, gehalten auf dem französischen Congress für Oto-Rhino-Laryngologie, 1913 (s. Ref.). — Der Autor benutzt den Apparat erst seit kurzer Zeit. Eine weitere Publication wird noch folgen. Bemerkt sei, dass der Apparat von Foy allein bisher gestattet, Ozon in der Rhinologie zu verwenden. Vor ihm haben Decréquy und Labouré versucht, Ozon in der Rhinologie anzuwenden, mussten jedoch wegen schwerer Zufälle die Versuche aufgeben.

LAUTMANN.

24) **Fernando Perez** (Buenos Aires). **Die Ozaena, eine infectiöse und contagiöse Krankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 52. 1913.*

Vergl. den Bericht über die Verhandlungen der Berliner Laryngologischen Gesellschaft vom 14. November 1913.

ZARNIKO.

25) **Gustav Hofer** (Wien). **Zur Frage nach der Aetiologie der genuinen Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 52. 1913.*

Vergl. den Bericht über die Verhandlungen der Berliner Laryngologischen Gesellschaft vom 14. November 1913.

ZARNIKO.

26) **F. Ninger. Tuberculöse Nasenaffectionen.** *Casopis lékaru ceskych. No. 43. 1913.*

Beschreibung der einzelnen Formen, unter denen die Tuberculose in der Nase auftritt. Am häufigsten kommt das diffuse Infiltrat vor, das Geschwür ist meist bei Phthisikern zu finden; die tumorförmige Affection, welche oft bei sonst gesunden Individuen als primäre Infection auftritt, giebt wenigstens quoad vitam eine günstige Prognose. Therapeutisch empfiehlt der Autor Auskratzung mit nachfolgender Milchsäureätzung, in manchen Fällen käme nach dem Vorschlag von Körner die Excision der ganzen erkrankten Septumpartie in Betracht.

STEINER (PRAG).

27) **Desiderius Dörner** (Budapest). **Ueber Tuberculose der Nasennebenhöhlen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

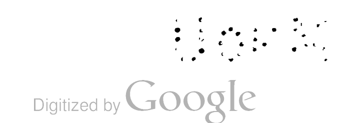
Zusammenstellung der Litteratur und Beschreibung eines eigenen Falles, bei dem Kieferhöhle, Siebbein und Theile des Nasenseptums befallen waren, und der durch die radicale Operation nach Moure geheilt wurde.

W. SOBERNHEIM.

28) **J. H. Guentzer. Tuberculöses Granulom der Nasenscheidewand mit Lupus der äusseren Nase. (Tuberculous granuloma of nasal septum with lupus of the external nose.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.



29) W. H. Haskin. **Hiss' Leucocytenextract bei Complicationen nach Nasen- und Ohrenchirurgie. (Hiss Leucocyte Extract in complications of nasal and aural surgery.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Bisher kann man nicht die für jeden Fall angemessene Dosis bestimmen; jeder Fall muss in dieser Beziehung individuell behandelt werden. Es muss eine sorgfältige Untersuchung des Herzens vorausgehen und eine Blutzählung, um die Widerstandskraft des Blutes festzustellen. Es würde nach Ansicht des Verf.'s einer grossen Anzahl von Patienten geholfen werden können, wenn häufig sorgfältige Bluturtersuchungen gemacht, und sobald eine Herabsetzung der Resistenz festgestellt ist, der Leukocytenextract angewandt würde. Es sind niemals irgend welche unangenehmen Wirkungen beobachtet worden, und selbst in den Fällen, die nicht gerettet werden können, konnte das tödliche Ende für mehrere Tage hinausgeschoben werden.

Verf. hat 39 Ohren- und Nasenfälle mit Leukocytenextract behandelt, Sinusthrombosen, Septikämien, Meningitis, Mastoiditis complicirt mit Pneumonie, 1 Fall von Meningitis nach Stirnhöhlenempyem (geheilt), 5 Fälle von Streptokokkenangina (alle schnell geheilt). Die Resultate waren im ganzen ausgezeichnet.

Verf. verfügt noch über eine ganze Serie von Septikämie und ähnlichen Zuständen in Folge Infection an anderen Körperteilen mit ebenfalls sehr günstigen Resultaten.

EMIL MAYER.

30) Greenfield Sluder. **Nervenstammanästhesie und Carbolisation für Nasenchirurgie. (Nerve trunk anaesthesia and carbolization in nasal surgery.)** *The Laryngoscope. November 1913.*

Die Methode besteht darin, dass ein ganz kleiner Wattetampon mit 1 Tropfen gesättigter Lösung von Cocain. pur. (90pCt.) direct unter das hintere Ende der mittleren Muschel gelegt und dort 15 Minuten belassen wird. Verf. hat diese Methode der Cocainisirung des Ganglion spheno-palatinum verschiedentlich empfohlen. 8 Minuten darauf wird das Naseninnere anästhesirt, was Verf. so macht, dass er einen noch kleineren Tampon, der nur $^1/_2$ Tropfen enthält, nach oben in den obersten vorderen Theil der Nasenhöhle einführt. Beide Tampons werden entfernt, wenn der eine 15, der andere 7 Minuten gelegen hat. Nach den Erfahrungen des Verf.'s tritt eine mehr als halbstündige Anästhesie ein, während der man alle Knochenoperationen an der lateralen Wand, z. B. auch die vom Verf. angegebene Modification der Mikulicz'schen Antrumoperation, ausführen kann. Für Septumoperationen zieht Verf. die einfache Bepinselung der Septumschleimhaut mit kleinen Cocainmengen vor.

Ferner hat Verf. die Nervenleitung zum Zweck der Anästhesie unterbrochen, indem er eine Lösung von 5pCt. Phenol in 95proc. Alkohol mittels einer geraden Nadel in den inneren Nasennerven und das Ganglion spheno-palatinum spritzte; im ersteren Fall sucht er den Nerven bei seinem Eintritt in die Nase auf, für das Ganglion spheno-palatinum wird die Spritze unter das hintere Ende der mittleren Muschel in der Richtung nach hinten, oben und etwas auswärts geführt und dann $^2/_3$ cm weit eingestossen.

EMIL MAYER.



31) **Escat** (Toulouse). **Werth von Cauterisationen und endonasalen Operationen bei der Behandlung der Reflexneurosen und der extranasalen Affectionen. (Valeur des cautérisations et des opérations endonasales dans la cure des neuroses réflexes et dans celle d'affections extranasales.)** *Société de médecine de Toulouse. März 1913.*

Verf. liefert einen statistischen Beitrag zur „nasobulbären Methode" nach Bonnier (cf. Centralbl., 1912, S. 257 u. 573; 1913, S. 593). Er hat zu verzeichnen: 29 völlige Heilungen, 89 Besserungen, 33 negative Resultate und 2 dauernde Verschlechterungen.

Er bezeichnet die Methode als nützlich, wenn man nicht zu viel von ihr verlangt.

GONTIER DE LA ROCHE.

32) **J. J. Kyle. Das Nasenseptum und seine Beziehung zu dem Symptomencomplex der Neurose des Ganglion sphenopalatinum. (The nasal septum and its relation to the syndrome of sphenopalatine ganglion neurosis.)** *Interstate medical journal. Juli 1913.*

Druck des deviirten Septums auf das vordere Ende der mittleren Muschel, die versorgt wird vom N. naso-palatinus und Aesten des Meckel'schen Ganglions, bringt den Symptomencomplex der spheno-palatinen Neurose; zu dem Druck auf die sensorischen und sympathischen Fasern und die dadurch bedingte Reizung kommt noch der Druck auf die Fasern des Olfactorius.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

33) **Fr. Eiras. Nasenneurosen. (Les rhinévroses.)** *Archives internationales de laryng. Tome XXXV. No. 2. 1913.*

Mit dem neuen Namen „Rhinévroses" bezeichnet der Autor die nervösen Erkrankungen der Nase. Er theilt dieselben ein: 1. in Empodo-rhinonevrosen oder mechanische (Typus adenoide Wucherungen), 2. in art-rhinonevrosen oder arthritische Neurosen der Nase (Typus Asthma nasale) und 3. in empod.-art.-rhinonevrosen oder eine Combination der beiden früheren Formen (Typus: ein Patient mit adenoiden Wucherungen und Reflexerscheinungen von Seiten des Olfactorius und Trigeminus). Die vorliegende Arbeit des Autors, der sich schon seit zwölf Jahren mit den Reflexneurosen der Nase beschäftigt, hat, wie er uns versichert, in Sao Paolo und Rio de Janeiro das grösste Aufsehen erregt.

LAUTMANN.

34) **B. Fonbeur. Die Reflexepilepsie und die Reflexneurosen in ihren Beziehungen zu Affectionen des Nasenrachens. (Epilepsie réflexe et névroses réflexes dans leurs rapports avec les affections du rhino-pharynx.)** *Dissert. Toulouse 1911.*

Die seit 2 Jahren bestehenden epileptischen Anfälle verschwanden bei dem 16 Jahre alten Patienten nach Entfernen der adenoiden Vegetationen. Wie lange nach der nasalen Operation die epileptischen Anfälle sistirt haben, wird nicht angegeben.

OPPIKOFER.

35) **J. C. Henkes. Nasenkrankheiten und Dysmenorrhoe.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 5. S. 327. 1913.*

Mittheilung von 5 Krankengeschichten von Patientinnen, die durch Nasen-

behandlung, ohne dass vorher nach Menstruationsbeschwerden gefragt war, ihre Beschwerden verloren.

VAN GILSE.

36) **H. Ellern** (Frankfurt a. M.). **Ueber die immunisatorische Behandlung des Heufiebers nach Wright.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Bericht über die Behandlung von 13 Heufieberkranken mit dem Wright-schen Pollenvaccin. Die von fast allen Patienten angegebene, zum grossen Theil erhebliche Besserung ist indessen nicht beweisend, da auch von 20 nicht behandelten Patienten in diesem Jahre (1912) 16 eine Besserung angaben.

ZARNIKO.

37) **Emmerich** und **Oskar Loew** (München). **Erfolgreiche Behandlung des Heufiebers durch lange Zeit fortgesetzte tägliche Chlorcalciumzufuhr.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur weisen Autoren auf Grund ihrer Erfahrungen darauf hin, dass „der Grund der bisherigen unvollständigen Heilwirkungen des Chlorcalciums bei Heufieber ganz bestimmt darin liege, dass man die Kalksalze erst kurze Zeit vor Beginn der Anfälle und nach dem Vorschlage Kayser's nur 8 Tage hindurch verabreichte". Ein voller Erfolg werde dagegen in den meisten Fällen erzielt, wenn Chlorcalcium cryst. schon viele Monate vor der Heufieberzeit, oder besser jahrelang täglich in der Menge von 3 g genommen werde. Sie empfehlen:

Chlorcalcium crystall. pur. 100,0
Aqua dest. 500,0,

Morgens, Mittags und Abends während des Essens 1 Kaffeelöffel voll in $^1/_4$ Glas Wasser oder in Kaffee, Suppe etc. zu nehmen.

Fünf auf diese Weise behandelte, zum Theil recht schwere Heufieberfälle wurden auf diese Weise geheilt; ihre Krankengeschichten sind der Arbeit in extenso beigegeben. Anschliessend erörtern Autoren die Aetiologie des Heufiebers (arthritische Constitution, offenkundige Störung des Kalkstoffwechsels, Störung der Epithelkörperchenfunction etc.) und verbreiten sich des Weiteren über die Bedeutung langjähriger Chlorcalciumzufuhr für die Hebung der Constitution und die Erhöhung der Gesundheit (Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Dauer und Tiefe des Schlafes, nachweisbare Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen Infectionskrankheiten, Herabsetzung der Disposition für Katarrhe der oberen Luftwege, sowie erhöhtes Wohlbefinden infolge Verhütung von Autointoxication etc.).

HECHT.

38) **Hirschberg** (Fichtenau). **Ein Beitrag zur Behandlung des Heufiebers.** *Der prakt. Arzt. No. 11. 1913.*

In einem Falle von Heuschnupfen und in drei Fällen von Coryza nervosa leistete Menthospirin gute Dienste. In dem Falle von Heuschnupfen wurde anfangs 3mal pro die je 1,0, später nur 1,0 pro die gegeben, die Nieskrämpfe hörten auf, ebenso die Kopfschmerzen und die profuse Secretion wurde vermindert.

SEIFERT.



39) **H. D. Fulton. Campiren in Zelten und Chinin bei Heufieber. (Tent sleeping and quinine in hay fever.)** *The medical Council. August 1912.*

Verf. empfiehlt, vor dem Einsetzen der Symptome im Freien unter dem Zelt zu schlafen; dadurch soll der Patient einen Schutz gegen das Pollin haben, so dass er in den meisten Fällen ungefährdet durch die Heufiebersaison hindurch kommt. Daneben soll Chinin local applicirt werden, und zwar in Form einer gesättigten Lösung von Chinin. sulfur. als Spray in Nase und Hals; daneben soll eine Chininsalbe auf die Nasenschleimhaut mehrere Male täglich aufgestrichen werden.

EMIL MAYER (JACOBS).

40) **Charles B. Morrey. Vaccinebehandlung mit Mischculturen aus der Nase bei Heufieber. (Vaccination with mixed cultures from the nose in hayfever.)** *Journ. amer. med. Association. 15. November 1913.*

Es wird über 8 erfolgreich mit Autovaccine behandelte Fälle berichtet. Verf. glaubt nicht an die Existenz eines „specifischen Heufiebererregers". Er geht von der Voraussetzung aus, dass die Nasenschleimhaut gekräftigt werden werden muss, damit die irritirenden Momente keinen Effect ausüben können.

EMIL MAYER.

41) **Grumme** (Fohrde). **Behandlung des Heufiebers mit Menthospirin und Propaesin-Schnupfpulver.** *Fortschr. d. Med. No. 52. 1913.*

Empfehlung einer combinirten Behandlung mit Menthospirin und Propaesin, ersteres 3—4 mal täglich zu Kapseln à 0,25 und Propaesin-Schnupfpulver öfters am Tage zu „prisen".

SEIFERT.

42) **F. Müller** (Heilbronn). **Ein Siegle'scher Trichter für die Nase.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 543. 1913.*

Um zu diagnostischen Zwecken den Eiter aus den Nebenhöhlen heraus zu saugen und um dann beobachten zu können, an welcher Stelle der Eiter zum Vorschein kommt, hat M. analog dem Siegle'schen Ohrtrichter nun auch einen Siegle'schen Trichter, der den Dimensionen der Nase entspricht, construirt. Das Instrument ist abgebildet und wird durch Walb (Heidelberg) hergestellt.

OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

43) **Millian** (Paris). **Pigmentirung der Mundschleimhaut syphilitischen Ursprungs. (Pigmentation de la muqueuse buccale d'origine syphilitique.)** *Société médicale des hôpitaux. October 1913.*

Vorstellung eines Patienten, bei dem seit 2 Jahren auf den Lippen und der Mundschleimhaut Pigmentflecken aufgetreten sind; wegen einer gleichzeitig bestehenden Leukoplasie führt Verf. die Flecken auf Syphilis zurück.

GONTIER DE LA ROCHE.

44) **Tièche** (Zürich). **Ueber zwei Fälle von Plaut-Vincent'scher Stomatitis ulcerosa.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 51. 1913.*

Je ein polycystisches schmerzhaftes Geschwür mit schmutzigem Belag in der Schleimhaut des Kieferwinkels, in einem dieser Fälle schmerzhafte, geschwellte

Lymphdrüsen, könnten Syphilis vermuthen lassen. Reichlich vorhandene Plaut-Vincent'sche Bacillen in Spiessform, das Fehlen der Spirochaeta pallida, negativer Wassermann, schlechter Erfolg des Quecksilbers und allfällig die Anamnese lassen Syphilis ausschliessen. Man müsse auch an Tuberculose und Cancroid denken, wenn keine nichtoperative Therapie anschlage. Auch die vom Verf. hervorgehobene starke Schmerzhaftigkeit des Geschwürs macht Lues eher unwahrscheinlich. Die Behandlung bestand in Abreibung mit 3proc. Wasserstoffsuperoxyd und Pinseln mit 1proc. Altsalvarsan. JONQUIÈRE.

45) L. Béal. **Beitrag zum Studium des Mal perforant der Mundhöhle. (Contribution à l'étude du mal perforant buccal.)** *Dissert. Paris 1912.*

Bei der Tabes kann als trophische Störung ein schmerzloses, schwer heilbares Geschwür gleich wie an der Fusssohle auch in der Mundhöhle auftreten und dann zu einem Ausfallen der Zähne, zu einer Knochennekrose und dadurch zu Perforation nach der Nasenhöhle oder Kieferhöhle hin führen. B. fand in der Literatur im Ganzen 52 Fälle von Mal perforant der Mundhöhle. OPPIKOFER.

46) C. P. Brown. **Bakteriologie der Pyorrhoea alveolaris. (Bacteriology of pyorrhea alveolaris.)** *New York medical journal. 20. December 1913.*

B. hat in den Fällen von Pyorrhoea alveolaris eine sehr grosse Zahl von Mikroorganismen isolirt, ohne dass er im Stande wäre, einem bestimmten Mikroorganismus eine ätiologische Rolle zuzusprechen. Eine Vaccine zur Behandlung sollte alle in dem gegebenen Falle isolirten Mikroorganismen enthalten.

EMIL MAYER.

47) Goto (Kiushu, Japan). **Ueber einen seltenen Fall von Teratom des Oberkiefers (Epignathus).** *Archiv. f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 4. 1913.*

Ein sich immer mehr vergrössernder Tumor an dem bis dahin nicht veränderten Zahnfleisch des Oberkiefers oberhalb der linken Schneidezähne hatte sich bei einem jetzt 11jährigen Mädchen vom 8. Lebensjahre an entwickelt. Heilung nach Mitentfernung des vorderen Teils des harten Gaumens sowie des Nasenseptums. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich der Tumor als Teratom mit den Derivaten der 3 Keimblätter. Die Epithelzellen zeigten krebsige Umwandlung. SEIFERT.

48) Goris. **Ein Fall von Adamantinom des Unterkiefers. (Un cas d'adamantinome du maxillaire inférieur.)** *Société belge de chirurgie. 30. November 1912.*

37jährige Frau seit 6 Jahren behaftet mit einer ständig wachsenden Geschwulst des Unterkiefers, die eine erhebliche Entstellung herbeigeführt hat. Der Tumor wurde en bloc entfernt; er war theils fibrös, theils cystisch und aus einem Zahn oder aus dem paradentalen Gewebe entstanden. PARMENTIER.

49) Schottländer (Barmen). **Beiträge zur Diagnose und Therapie der „Kinnfistel".** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 119. 1912.*

Die Kinnfistel ist nichts anderes als eine chronische Periodontitis des Unterkiefers, ausgehend von irgend einem kranken Zahn. Therapie: Schleimhautaufklappung und Wurzelspitzenresection. SEIFERT.

50) **A. Réthi** (Budapest). **Pathologie und Diagnose der Speichelsteine.** *Orvosi Hetilap. No. 27. 1913.*

Mittheilung von drei Fällen; die Steine sassen im Ductus Whartonianus.

POLYAK.

51) **Wilhelm Zumpft. Ueber Speichelsteine und ihre radiographische Diagnostik.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1913.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Speichelstein; der eine kam in der Freiburger Klinik, der andere in der Berliner Hals- und Nasenklinik (Killian) zur Beobachtung; beide Male sass der Stein in der Gl. submaxillaris und wurde operativ entfernt, wobei im ersten Fall die ganze Drüse entfernt wurde.

Besonderes Interesse erweckt die Anwendung der Röntgenaufnahme für die Diagnostik dieser Steine. Besonders im zweiten Fall (Platte 18:24 cm in sitzender Stellung an den Kopf des Patienten gebracht, die Röntgenröhre mit einem Härtegrad von 6 Wehnelt auf der gesunden Seite des Patienten in etwa horizontaler Lage; Verstärkung der Platte durch eine Gehlerfolie) ergab sie ein ausgezeichnetes Resultat: Man sah einen unscharf begrenzten, aber deutlichen Schatten hinter der in den Ductus eingeführten Sonde. Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass in zweifelhaften Fällen von Speichelsteinbildung die radiographische Diagnostik ein werthvolles Hilfsmittel darstellt.

FINDER.

52) **O. Heinemann** (Berlin). **Irrthümliche Carcinomdiagnose in Folge eines grossen Speichelsteins.** *Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1913.*

Eingehende Kranken- und Operationsgeschichte des Falles, der einer Reihe von Aerzten ein Schleimhautcarcinom des Mundbodens vorgetäuscht hatte, wohl in erster Linie dadurch, dass die zwischen Zunge und Unterkiefer sitzende grosse harte Geschwulst fest und unverrückbar mit der Innenfläche des horizontalen Unterkieferastes verwachsen war. Operation in Localanästhesie förderte einen 3,5 cm langen und an seinem hinteren Ende 1,5 cm dicken Speichelstein zu Tage. Heilung per granulationem.

HECHT.

53) **F. Blumenfeld. Zwei heterotope Parotismischgeschwülste an den Lippen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 779. 1913.*

B. giebt den genauen mikroskopischen Befund von 2 Mischgeschwülsten mit der seltenen Localisation an der Lippe. Eingehende Besprechung dieser Geschwülste.

OPPIKOFER.

54) **Anton Brühl. Ueber Zungenkrankheiten.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1913.*

Verf. hat die in der Seifert'schen Poliklinik vom 1. December 1905 bis 1. Juli 1913 beobachteten Fälle von Zungenerkrankungen zusammengestellt.

Unter 7000 Patienten befanden sich 78 Fälle von Zungenkrankheiten (Lues II 10, Lues III 3, Tuberculose 12, Xerostomie 5, Leukoplakie 1, Lingua nigra 4, Lingua geographica 8, Glossitis catarrhalis 6, Psorospermosis 1, Lingua plicata 1, Pemphigus 1, Soor 2, Stomatitis aphthosa 14, Lähmungen 3, Papilloma 1, Gefässgeschwülste 2, Fibrom 2, Carcinom 2).

Der Fall von Psorospermose ist von Seifert bereits beschrieben worden (Arch. int. de Lar. et de Rhinol. 1912. s. Centralbl. 1912. S. 404); es fanden sich an der Oberfläche der Zunge in grosser Anzahl verhornte Papillae filiformes, zum Theil in Gruppen angeordnet.

Die beiden Fälle von Gefässgeschwulst sind beschrieben von Voigt (Zeitschrift f. Laryngol. 1909).

FINDER.

55) **Hougardy. Ein Fall von Makroglossie mit Leukoplakie. (Un cas de macroglossite avec leukoplasie.)** *Annales de la Société med.-chirurg. de Liège. October 1913.*

Makroglossie und Leukoplakie behandelt mit drei intravenösen Salvarsaninjectionen; die Makroglossie ging zurück, die Beweglichkeit der Zunge kehrte wieder.

PARMENTIER.

56) **Monisset** (Lyon). **Tuberculose der Zunge in gummöser Form. (Tuberculose de la langue à forme gommeuse.)** *Lyon médical. 5. October 1913.*

Beobachtung mit Autopsie und histologischem Befund. Es bestanden zwei Gummata in der Nähe der Zungenspitze, der eine Knoten war bereits aufgebrochen und entleert, der andere im Begriff zu ulceriren. Nach dem Resultat der Untersuchung scheint es sich um eine Infection auf dem Blutwege zu handeln.

GONTIER DE LA ROCHE.

57) **W. Lindt** (Bern). **Ein Fall von Struma baseos linguae.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 759. 1913.*

23 Jahre alte Patientin. Seit frühester Kindheit Schwellung auf dem Zungengrund. Seit einigen Jahren Zunahme des Tumors und jetzt Sprache und Nahrungsaufnahme behindert, Atembeschwerden, öfters starke Blutung. — Aussen unterhalb des Kinns in der Medianlinie kleine Vorwölbung und innen am Zungengrund eine die ganze Breite desselben einnehmende hühnereigrosse blaurothe Geschwulst von prall elastischer Consistenz. An normaler Stelle fehlt die Schilddrüse. Diagnose: Struma baseos linguae und Strumaknoten im Verlaufe des embryonalen Ductus thyreoglossus oberhalb des Zungenbeins. Operation: Spaltung des Zungenbeinkörpers und der Mundbodenmusculatur bis zum Kinn, Ausschälen der 2 Tumoren, Naht der Zungenschleimhaut vom Munde her, mediane Vernähung der Muskeln, Hautnaht. Postoperatives Myxödem. Durch Schilddrüsentherapie rasch erhebliche Besserung; sobald aber mit derselben ausgesetzt wurde, schon nach 10 Tagen wieder Symptome des Myxödems. Vorläufig täglich 0,5 Thyraden, event. später Schilddrüsentransplantation. Zwei wohlgelungene Abbildungen der Zungenstruma.

OPPIKOFER.

58) **A. Fiori-Ratti. Fibro-Endotheliom der Zunge. (Fibro-endotelioma della lingua.)** *Atti clin. oto-rino-laringoiatrica di Roma. X. 1913.*

23jährige Patientin bemerkt seit ca. 3 Monaten ein ganz kleines Geschwülstchen an der Zungenspitze, das allmählich bis zur Grösse eines Hanfkorns wuchs, dann auf Rath eines Apothekers mit Argentum gebeizt wurde. Nach einigen Wochen war es so gross wie eine Erbse. Leichte Beschwerden beim Kauen. Exstirpation; nach 5 Monaten kein Recidiv.

Nach dem Ergebniss der histologischen Untersuchung erklärt Verf. den Tumor für eines der sehr seltenen Endotheliome der Zunge. CALAMIDA.

59) **J. Monot. Der Zungenkrebs im jugendlichen Alter. (Le cancer de la langue chez les jeunes.)** *Dissert. Montpellier 1912.*

Zungenkrebs bei Individuen unter 30 Jahren ist selten. Mitteilung von im Ganzen 15 Krankengeschichten, von denen 1 Fall noch nicht veröffentlicht ist.

OPPIKOFER.

60) **O. Kutvirt. Zungenphlegmone und ihre Beziehungen zu der sogenannten Ludwig'schen Angina.** *Casopis lékaruv ceskych. 1913.*

In einer umfangreichen Arbeit vertritt der Autor die Ansicht. dass der grösste Teil der sogen. Ludwig'schen Anginen hauptsächlich an der Zungenwurzel entsteht und von da sich auf praeformirten Wegen in die Tiefe ausbreitet. Unter 21 von ihm beobachteten Fällen waren 12 complicirt durch eine harte, brettartige Geschwulst, die sich bis zum Kinn hinzog, während in 4 Fällen ein mächtiges Infiltrat bis zur Hälfte des Halses, im 5. bis zum Schlüsselbein, in einem anderen Falle auch nach oben zu bis zum Proc. mastoideus reichte.

In allen Fällen genügte ausser antiphlogistischer Behandlung die Incision des Infiltrats event. des Zungenabscesses an der Seite der Zunge in den Zungenrücken und besonders die Zungenwurzel, also intrabuccale Behandlung.

Erst für vorgeschrittene Stadien müsste eine extrapharyngeale Operation in Betracht gezogen werden. Die Quelle der Infection liegt in der Tonsilla lingualis.

STEINER (PRAG).

61) **Ch. Goris. Fünf maligne Geschwülste der Zunge und des Pharynx. (Cinq tumeurs malignes de la langue et du pharynx.)** *Société médico-chirurg. du Brabant. 28. Februar 1913.*

Verf. empfiehlt, anstatt in einer Operation den Tumor nebst den Drüsen zu entfernen, dies in 2 Sitzungen zu machen, und zwar sollen in der ersten Sitzung die Drüsen mit dem ganzen Halsfett und den Lymphwegen bis nahe an den Tumor heran und erst in der zweiten Sitzung dieser selbst entfernt werden. Verf. demonstriert einen seiner operirten Patienten, bei dem er die hintere Hälfte der Zunge, die hintere Partie des Unterkiefers, die Glandula submaxillaris und die Drüsen entfernte, die sich längs der V. jugularis interna nach dem Oesophagus und der Wirbelsäule zu erstreckten. PARMENTIER.

62) **Gerber. Tumoren des Hypopharynx.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 727. 1913.*

Fall 1: Cancroid des Hypopharynx bei 70 Jahre altem Mann. Fehlen von Schluckbeschwerden. Fixation des rechten Stimmbandes und Verdickung der beiden Taschenbänder. Abbildung.

Fall 2: 12 cm langer und 1 cm dicker Polyp des Hypopharynx bei 38 Jahre altem Mann. Abbildung. Fremdkörpergefühl; ebenfalls keine Schluckbeschwerden. Hypopharyngoskopie und Entfernung mit kalter Schlinge. OPPIKOFER.

63) **Schindler** (Wien). **Die Behandlung der Carcinome der Mundhöhlenschleimhaut mit Radium.** *Med. Klinik. No. 49. 1913.*

Jedes operable Mundschleimhaut-Carcinom soll in erster Linie operirt werden, darnach sollte aber in allen Fällen eine möglichst intensive Radiumbestrahlung vorgenommen werden, um die Chancen einer Dauerheilung zu verbessern, indem man eventuell bei der Operation zurückgebliebene Carcinomzellen durch die Bestrahlung vernichtet. Auch während des Zustandes der klinischen Heilung soll prophylaktisch in Intervallen weiterbestrahlt werden.

SEIFERT.

64) **Bérard** (Lyon). **Mischgeschwulst des Gaumengewölbes. (Tumeur mixte de la voute palatine.)** *Lyon médical. 6. Juli 1913.*

Bei einem Patienten, der vor einigen Jahren an einem gestielten Tumor des Gaumens operirt worden war, besteht jetzt ein Carcinom der Mamma und der Wirbelsäule. Es besteht die Frage, ob es sich um eine Metastase handelt. Histologische Angaben fehlen.

GONTIER DE LA ROCHE.

65) **J. Wilheim** (Budapest). **Fall von ausgebreitetem Lymphosarkom des Rachens, Operation. Heilung.** *Orvosi Hetilap. No. 24. 1913.*

Kleinapfelgrosser Tumor, welcher bereits Athmungsbeschwerden verursachte. Cricotracheotomie. Langenbeck'sche periodische Kieferresection in localer Anästhesie.

POLYAK.

d) Diphtherie und Croup.

66) **P. Séchan. Die Diphtherie in Lyon in den Jahren 1886—1910. (La diphthérie à Lyon 1886—1910.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Während die Diphtherie früher in Lyon fast unbekannt war, sind jetzt seit dem Jahre 1880 Epidemien auch in dieser Stadt häufig. Es lässt sich an der Hand der vorhandenen Statistiken nachweisen, dass unter dem Einflusse des Serums die Mortalität bedeutend und dauernd zurückgegangen ist. Da die Schule hauptsächlich die Diphtherie weiterträgt, so soll bei allen verdächtigen Kindern eine sofortige bakteriologische Untersuchung ausgeführt und bei positivem Ausfall Seruminjektion und Isolirung in Anwendung kommen.

Auch in der Garnison von Lyon, die im ganzen 12000—13000 Mann zählt, hat die Diphtherie in den letzten Jahrzehnten bedeutend zugenommen. Diese starke Zunahme ist allerdings theilweise auch dadurch zu erklären, dass heute durch die bakteriologische Untersuchung mancher Fall von Diphtherie erkannt wird. Unter diesen Diphtheriekranken der Garnison ist die Diphtherie sehr gering (0,78 pCt.); der Erwachsene ist gegen Infectionen widerstandsfähiger als das kleine Kind, und es werden die einzelnen Diphtheriefälle in der Garnison eher erkannt und rascher isolirt als in den Schulen.

OPPIKOFER.

67) **B. Schick. Die Diphtherietoxin-Hautreaction des Menschen als Vorprobe der prophylaktischen Diphtherieheilseruminjection.** Aus der K. K. Univers.-Kinderklinik in Wien (Vorstand: Prof. C. v. Pirquet). *Münchener med. Wochenschrift. No. 47. 1913.*

Unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und auf

Grund eigener Erfahrungen weist Autor darauf hin, dass eine beachtenswerthe Zahl Individuen Schutzkörper gegen Diphtherietoxin in für prophylaktische Zwecke genügender Menge im Körper besitzen, so dass für solche Personen eine prophylaktische Diphtherieserum-Injection überflüssig ist und ihnen die Gefahr der Allergisirung durch Pferdeserum erspart werden kann. Die intracutane Injection von minimalen Mengen Diphtherietoxin ruft beim Menschen eine specifische Hautreaction hervor, wobei jedoch nur der negative Ausfall der Reaction als Beweis des Vorhandenseins von Diphtherieschutzkörpern zu sicheren Schlüssen berechtigt; jedenfalls bietet der Ausfall der Toxinhautreaction einen Maassstab der Disposition des Menschen zur Diphtherieerkrankung.

Bezüglich Technik und weiterer praktischer und therapeutischer Schlussfolgerungen sei auf das Original verwiesen. HECHT.

68) **J. Krukowski. Ein Beitrag zur Diphtherieserumfrage. (W sprawie szczepionek pneciwplonicrnych podlug Gabrycrewskiego.** *Medyc. No. 47. 1913.*

Es wurden 100 Kinder während einer verbreiteten Epidemie mit Serum prophylaktisch behandelt. Die Behandelten blieben alle gesund. A. v. SOKOLOWSKI.

69) **H. Czarkowski. Ueber die Anwendung des Diphtherieserums. (O stosowanin srcrepionki pneciwko plonicy.)** *Medyc. No. 47. 1913.*

Es wurde das Diphtherieserum bei 132 Patienten aus 66 Familien mit im Allgemeinen sehr gutem Erfolg angewendet. A. v. SOKOLOWSKI.

70) **Matylda Biehler. Einiges über die Diphtherieserumbehandlung. (Kilka stów o screpieniu pneciwptonicrem.)** *Medyc. No. 41. 1913.*

Die Erfolge der antidiphtherischen Impfungen, die von vier Aerzten an 830 Patienten und vom Verf. selbst an 28 Patienten ausgeführt wurden, waren befriedigend. A. v. SOKOLOWSKI.

71) **J. E. Bishkow. Behandlung eines Diphtheriebacillenträgers mit Cultur von Staphylococcus pyogenes aureus. (A diphteria carrier treated with culture of staphylococcus pyogones aureus.)** *Medical Record. 15. November 1913.*

Am 14. Juli sprayte der Patient seinen Pharynx alle 4 Stunden mit einer 12 Stunden alten Cultur von St. pyog. aus; am 15. Juli wurde eine neue 12 Stunden alte Cultur gebraucht und vom 16. bis 20. eine Suspension des Mikroorganismus in physiologischer Kochsalzlösung. Am 20. Juli wurde die erste negative Cultur aus dem Pharynx entnommen und seitdem blieben die Culturen stets negativ. EMIL MAYER.

72) **H. Méry. Serumzufälle und Serumfurcht. (Accidents du sérum et sérumphobie.)** *Paris médical. No. 1. 6. December 1913.*

Die übertriebene Furcht vor den anaphylaktischen Zufällen hält, scheint es, die Aerzte ab von einer rechtzeitigen Anwendung des antidiphtherischen Serums. Diese Furcht ist ein Fehler. Nach einer ersten Injection kann von einer anaphylaktischen Reaction keine Rede sein. In den bekannten Fällen mit tödtlichem Ausgang (nur 2 Fälle) oder mit schweren Folgen ist bisher noch eine Mitkrankheit



(Asthma und Tuberculose) constatirt worden. Der anaphylaktische Shock tritt nur bei Patienten auf, die vorher schon mit Serum injicirt worden sind. Ausser dem Falle von Dreyfus ist kein Todesfall bekannt geworden, wenn auch einige sehr dramatische Fälle veröffentlicht worden sind. Was die localen anaphylaktischen Zufälle anlangt, so sind einige wenige schwere gangränöse Formen namentlich in der letzten Zeit beschrieben worden, von denen einer (Boulloche und Binard) mit dem Tode geendet hat. Ebenso haben Aviragnet und Hallé auf vier Beobachtungen einen Todesfall constatirt.

LAUTMANN.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

73) **H. F. McBeath. Verbesserung von Sprachfehlern in öffentlichen Schulen. (Correction of impediments of speach in our public sheols.)** *Journ. amer. med. Association. 1. November 1913.*

Verf. plaidirt dafür, dass besondere Abtheilungen für Kinder errichtet werden, an denen eigens für diesen Zweck vorgebildete Lehrer den Unterricht zu erteilen haben.

EMIL MAYER.

74) **Fröschels** (Wien). **Einige für den praktischen Arzt wichtige Capitel der Sprachheilkunde.** *Med. Klinik. No. 42/43. 1913.*

In dem für praktische Aerzte bestimmten Vortrage werden die wichtigsten resp. häufigsten Sprachstörungen kurz besprochen und den Hausärzten besonders ans Herz gelegt, für eine möglichst frühzeitige Behandlung Sorge zu tragen.

SEIFERT.

75) **Felix Kahrig. Elementarunterricht und Sprachtechnik.** *Stimme. VII. 1912. October. S. 23.*

K. wünscht richtige Ausbildung der Kinder in den ersten Schulklassen bezüglich Athmung, Stimme und Articulation als Vorbildung zum Singen.

NADOLECZNY.

76) **Th. Hoepfner. Stottern als associative Aphasie.** *Zeitschr. f. Pathopsychologie. Bd. 1. H. 2/3.*

Es handelt sich bei dem Stottern um einen Mangel an Uebung und folglich um eine entsprechende rein psychologische Schwäche der höchsten Vorstellungscoordination, die dem abnormen Verhalten des Selbstbewusstseins wie auch einer als sicher anzunehmenden Bevorzugung eines irgendwie nichtsprachlichen Denkens und Vorstellens entspringt. Das ausgebildete Stottern ist als Psychose zu bezeichnen (Denhardt). Diese Bezeichnung ist auch in dem Begriff der associativen Aphasie, welchen Verf. vorzieht, enthalten. Die Erforschung und Behandlung des ausgebildeten Stotterns kommt deshalb dem medicinischen Psychologen und dem Psychopathologen zu.

FINDER.

77) **J. Lang. Rhinolalia aperta functionalis.** *Klin. Bericht. Casopis lékaruv ceskych. 1913.*

Bei einem 12jährigen Knaben, der seit jeher näselte, bewegte sich zwar der

weiche Gaumen, näherte sich jedoch nicht der hinteren Rachenwand und blieb bei allen Lauten von der hinteren Rachenwand entfernt, so dass beim Sprechen der Luftstrom durch die Nase entwich. Der Fall wurde als congenitale Rhinolalia aperta functionalis aufgefasst. Besprechung der Einteilung der Rhinolalia nach Fröschels. Unter elekrischer und Uebungsbehandlung (starke Intonation beim Sprechen) erfolgte prompte Heilung. STEINER (PRAG).

78) **G. Hudson Makuen. Bericht über drei ungewöhnliche Fälle von Stottern. (A report of three unusual cases of stammering.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. September 1913.*

An der Hand von drei Fällen (zwei 40jährige Männer, die seit mehr als 35 Jahren stottern, und ein 32jähriger, der stottert, so lange er denken kann) erörtert Verf., wie irrig und gefährlich es ist, zu glauben, dass Kinder sich von selbst das Stottern abgewöhnen, und wie nothwendig eine frühzeitige zeitgemässe Behandlung ist. EMIL MAYER.

79) **R. Imhofer** (Prag). **Das lymphatische Gewebe des Ventriculus Morgagni und seine Beziehungen zum Status lymphaticus mit einem Anhang über Plasmazellen in der Schleimhaut des Morgagni'schen Ventrikels.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 551. 1913.*

Vortrag, gehalten in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1913 (vgl. diese Zeitschr., 1914, Jahrg. 30, S. 36). OPPIKOFER.

80) **Liébault. Prälaryngeale tuberculöse Adenitiden. (Adénites tuberculeuses prélaryngées.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 1. 1914.*

Im Anschluss an drei selbstbeobachtete Fälle giebt Verf. einige bibliographische Nachforschungen über das Capitel wieder. Er hält die Diagnose der tuberculösen Erkrankung der prälaryngealen Drüsen für leicht. In den drei Fällen des Verf.'s wurde im ersten Falle die Drüse von aussen eingeschnitten und ausgekratzt. Im zweiten Falle glaubte Moure, dass es sich um eine fistulisierte Perichondritis des Schildknorpels handelte, und machte bei dem Patienten, bei dem vorher schon eine Tracheotomie gemacht worden war, einen Einschnitt von aussen mit nachfolgender Auskratzung. Endlich im dritten Falle ist die Drüse mit Einspritzungen von Thymolum camphoratum behandelt und ohne Operation zur Heilung gebracht worden. LAUTMANN.

81) **M. Edouard. Die Kehlkopftuberculose beim Kinde. (La tuberculose du larynx chez l'enfant.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Die Kehlkopftuberculose ist beim Kinde verhältnismässig selten und kommt fast immer nur bei ausgedehnter Lungentuberculose vor. Im Vordergrund der Symptome steht neben der Heiserkeit und den Schluckbeschwerden die Atemnot. Die Prognose ist sehr schlecht und die locale Behandlung nicht wie beim Erwachsenen durchführbar. Oft ist in solchen Fällen die Tracheotomie indicirt. Mitteilung von vier eigenen Krankengeschichten. OPPIKOFER.

82) C. Canestro. **Ueber die Behandlung der hypertrophischen Kehlkopftuberculose. (Au sujet du traitement de la laryngite tuberculeuse végétante.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 2. 1913.*

Unter Einblasungen von Chininum muriatium haben sich bei einer 43 jährigen Patientin die Granulationen, die am hinteren Stimmbanddrittel und an der hinteren Commissur sassen, im Laufe von 26 Tagen zurückgebildet und einem typischen tuberculösen Geschwür Platz gemacht, das der Autor dann mit Milchsäureätzung und Jodoformölinjection fast zur Heilung gebracht hat.

LAUTMANN.

83) Lavielle. **Neue Methode der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Nouvelle méthode de traitement de la tuberculese laryngée.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 48. 1913.*

Die neue Methode geht darauf aus, die Kehlkopftuberculose mittelst Sonnenbestrahlung zu curiren. Hierzu hat der Autor einen eigenen Apparat angegeben, der im Wesentlichen in einem 30 cm langen und $2^1/_2$ cm breiten, am distalen Ende abgestumpften Rohr besteht, das vom Arzt eingeführt wird. Um zu erkennen, ob das Rohr richtig liegt, ist auf dem Hauptrohr ein kleines parallel gelegenes Rohr angebracht, dessen Ende sich auf einem weissen Cartonblatt absonnt. Sobald das Sonnenbild eine Linie darstellt, liegt das kleine Rohr und auch das mit ihm parallele Rohr in der Richtung der Sonnenstrahlen. Damit der Patient sich selbst bestrahlen kann, hat Moure einen eigenen Apparat angegeben, der im Wesentlichen ein abgeknicktes Rohr darstellt, in dessen Knick ein Concavspiegel angebracht ist. Da durch den Concavspiegel die ultravioletten Strahlen aufgehalten werden, so ist dieser Apparat nur im Verein mit dem ersten Rohr zur Selbstbehandlung zu empfehlen. Praktische Erfahrung hat der Autor mit dem Apparat noch nicht. Er nennt seinen Apparat: Tube laryngé héliothérapique.

LAUTMANN.

84) Albanus (Hamburg). **Ueber die Behandlung der Nasen-, Rachen- und Kehlkopftuberculose mit Hochfrequenzströmen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. 1913.*

Von den Wirkungen der Hochfrequenzströme (Thermopenetration, Elektrocoagulation und Kaltkaustik) kommt für unser Gebiet die Thermopenetration kaum in Betracht. Die Coagulation lässt sich zur Zerstörung breiterer Lupusflächen in Nase, Mund und Rachen gut verwenden. Grosse Vorzüge hat die Kaltkaustik: leichtes und sicheres Schneiden, keine Blutung, geringe Reaction, bedeutende Wirkung. Verf. empfiehlt die Methode zur Behandlung von Lupus und Tuberculose in Nase, Rachen und Kehlkopf.

ZARNIKO.

85) C. Renoux. **Ueber die Behandlung der Dysphagie der Tuberculösen durch Injection in den Nervus laryngeus superior. (Du traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections au niveau du laryngé supérieur.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Empfehlung der Injection von Cocain oder von Alkohol in den Nerv. lar. sup.

OPPIKOFER.

86) L. Bar. **Betrachtungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Considérations rélatives au traitement galvanocaustique de la tuberculose du larynx.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 2. 1913.*

Die galvanokaustische Behandlung nach Mermod (weissglühender Kauter, ausgedehnte Zerstörung alles Krankhaften) wird sehr empfohlen. Die Contraindicationen sind jedoch enger gezogen wie bei Mermod (z.B. Aengstlichkeit des Patienten, Kehlkopfstenose).

LAUTMANN.

87) E. Sari. **Einige Versuche über die locale Anwendung der Heliotherapie zur Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Quelques essais d'application d'héliothérapie locale au traitement de la tuberculose laringée.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 2. 1914.*

Die Technik bestand darin, dass die Patienten mit Sonnenlicht vom Autor direct 20—30 Minuten 1 oder 2mal täglich durch Monate gespiegelt wurden und zwar in Nizza und in Corsica. Drei Fälle, die im Anfangsstadium in Behandlung kamen, heilten aus. Mehr vorgeschrittene Fälle (Infiltration der Stimmbänder, Ulcerationen) ergaben Besserungen, einmal sogar Heilung, obzwar gerade dieser Fall in der Schweiz auch eine kaustische Behandlung erfahren hat. Terminale Fälle blieben unbeeinflusst. Resumirend findet der Autor nach alledem, dass die Heliotherapie eine analgetische, decongestionirende, bactericide und sklerogene Wirkung ausübt.

LAUTMANN.

88) O. Kahler (Freiburg i. Br.). **Die chirurgische intra- und extralaryngeale Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 57. S. 1269. 1913.*

Referat, gehalten auf der 85. Naturforscherversammlung in Wien 1913. Verf. empfiehlt die endolaryngeale operative Behandlung in indirecter oder directer Methode. Für leichtere Fälle von Kehlkopftuberculose ist die für den Patienten angenehmere indirecte Methode nicht zu vernachlässigen. Bei vorgerückter Kehlkopftuberculose leistet die Schwebelaryngoskopie vorzügliche Dienste. Die von Heryng angegebene Curette ist heute durch die schneidende Zange zu ersetzen. Sowohl die Flächenkaustik als auch der Tiefenstich geben gute Resultate; doch kommt man mit ersterer Methode schneller vorwärts. Verf. empfiehlt die postoperative Pinselung mit 2—5proz. Malachitlösung.

Je mehr sich die endolaryngeale Behandlungsmethode ausbildet, um so seltener werden die extralaryngealen Operationen in Anwendung kommen.

OPPIKOFER.

89) G. Pieri. **Ueber die Behandlung der Kehlkopftraumen. (Sulla cura delle ferite della laringe.)** *Atti clinica oto-rino-laringoiatrica. Rom. X. 1913.*

Verf. berichtet über einen Fall von Durchschneidung der Kehle (Selbstmordversuch). Es bestand eine 7 cm lange, 3 cm breite Schnittwunde zwischen der Regio supra- und subhyoidea. Es waren sämmtliche vordere Halsmuskeln durchschnitten und ebenso die Epiglottis, nach rechts hin war ca. 1 cm breit auch die Rachenwand eingeschnitten. Catgutnaht der Epiglottis und der anderen

durchschnittenen Schichten, Hautnaht mit Seide. In den folgenden Tagen Sondenfütterung; völlige Heilung.

Verf. hält die präventive Tracheotomie für eine unnütze und daher für den Kranken schädliche Complication. Sie bleibt jedoch eine sehr wirksame Waffe bei den im weiteren Verlauf eventuell auftretenden asphyktischen Erscheinungen.

CALAMIDA.

90) **Jehlmann. Ueber Aphonie nach Kehlkopfverletzungen mit Ausgang in Heilung.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1913.*

Abhandlung über Kehlkopfverletzungen mit Benutzung eines von Katzenstein in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft demonstrirten Falles: Schnitt zwischen Ring- und Schildknorpel, das Lig. conoides durchtrennend; Naht und Verband, Heilung; dann nach einiger Zeit Heiserkeit und Dyspnoe, verursacht durch eine fast haselnussgrosse Granulationsbildung, die sich innen an der Halsschnittwunde gebildet hatte. Endolaryngeale Entfernung des Tumors, worauf Patient wieder mit lauter Stimme spricht.

FINDER.

91) **A. Ascarelli. Ueber post mortem gemachte Kehlkopfbrüche. (Sulla produzione „post mortem" di rotture laringee.)** *Atti clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. Vol. IX.*

Es wurden 24 Versuche mit Leichen gemacht; 14mal wurde forcirte Flexion, 10mal forcirte Extension gemacht.

Es stellte sich heraus, dass Brüche der Kehlkopfknorpel und auch der Trachea (aber nicht dieser isolirt) sich durch forcirte Extension und Flexion herbeiführen lassen. Diese Fracturen sind am häufigsten am Schild- und Ringknorpel; sie sind selten in der Trachea und in diesem Fall stets begleitet von gleichzeitigen Brüchen der Kehlkopfknorpel. Nothwendig ist für die Entstehung solcher Brüche eine Verknöcherung der Knorpel; ferner ist nöthig, dass der Cadaver seine Leichenstarre bewahrt hat, die durch die Flexion oder Extension überwunden werden muss.

CALAMIDA.

92) **D. B. Delavan. Splitterfractur des Kehlkopfs; zufällige Tracheotomie; multiples Trauma, ausgedehnte Erfrierung; Heilung. (Comminuted fracture of the larynx; accidental tracheotomy; multiple trauma; extensive frostbite; recovery.)** *Medical Record. 22. November 1913.*

Verf. erinnert an einen jetzt bereits gestorbenen Patienten, der vor 20 Jahren nach Amerika kam und davon lebte, dass er sich in den Kliniken als interessanten Fall vorstellen liess. Er war ein Rumäne und erhielt seine Verletzungen, als er in die Hände von Banditen fiel, die ihn an einen Baum hingen und sich selbst überliessen. Er kämpfte so verzweifelt, dass er sich nicht nur eine multiple Fractur des Kehlkopfes zufügte, sondern auch den Strick zerriss. Sein lautes Stöhnen rief aber die noch in der Nähe befindlichen Banditen wieder herbei und er bekam drei grosse Messerschnitte: einen in das Abdomen, einen über Gesicht und Stirn und einen quer über den Hals, der zwischen Ring- und Schildknorpel verlief und die Membrana crico-thyreoidea durchtrennte. Er lag bei einer Temperatur unter Null Grad bis zum nächsten Morgen, wurde dann aufgefunden und ins Hospital ge-

bracht. Ohren, Hände und Füsse waren erfroren; der rechte Fuss, ein Theil des linken und die meisten Finger beider Hände wurden amputirt und trotz aller dieser Traumen genas der Mann. EMIL MAYER.

93) **Alanga** (Palermo). **Zur circulären Trachealresection.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 125. 1914.*

Bei Versuchen am Hunde hatte A. mit der Methode der durchgreifenden Naht gute Erfolge, wenn nur die Schnittfläche gut zusammenpasste. SEIFERT.

94) **Baggerd** (Posen). **Ueber den Luftröhrenschnitt.** *Med. Klinik. No. 3. 1914.*

Nach einer kurzen Einleitung über die Geschichte des Luftröhrenschnittes werden die Indicationen, die anatomischen Verhältnisse, die Technik der oberen und unteren Tracheotomie mit Abwägung der jeder dieser beiden zukommenden Vor- und Nachtheile auseinandergesetzt. Die Forderung, dass jeder Arzt im Stande sein müsse, die Tracheotomie auszuführen, dürfte einem Widerspruch nicht begegnen. SEIFERT.

95) **P. Heymann** (Berlin). **Beitrag zur Kenntniss des primären Carcinoms der Luftröhre.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 735. 1913.*

In Folge des langsamen Wachsthums der Geschwulst war bei dem 26 Jahre alten Kellner vorerst von anderer Seite die Diagnose auf Asthma bronchiale gestellt worden. Tracheoskopie: Tumor an der vorderen Trachealwand rechterseits vor dem Eingang in den rechten Bronchus. Probeexcision auf directem Wege und mikroskopische Untersuchung: Carcinom. Exstirpation der ganzen Trachea durch Gluck und 14 Tage später Einlegen einer Prothese, bestehend aus einem dicken Gummidrainageschlauch, der durch ein Band um den Hals befestigt wurde. Pat. wieder arbeitsfähig; Enderfolg unbekannt, da die Operation erst in diesem Jahre (1913) vorgenommen wurde.

Die Totalexstirpation der Luftröhre ist bis heute erst 2mal, 1mal durch Gluck und 1mal durch Soerensen ausgeführt worden. OPPIKOFER.

96) **A. Ephraim** (Breslau). **Beiträge zur endoskopischen Diagnostik und Therapie endothoracischer Tumoren.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. 1913.*

Zwei interessante Krankheitsfälle. In dem ersten konnte ein intrathoracischer Tumor, der nach dem Röntgenbilde zuversichtlich als Echinococcus angesprochen werden musste, durch die bronchoskopische Untersuchung und Probeexcision als malignes Neoplasma, wahrscheinlich Endotheliom bestimmt werden. Der zweite Fall betraf eine 37jährige Frau, die 9 Jahre, nachdem sie wegen eines vermuthlich tuberculösen Tumors des rechten Taschenbandes erfolgreich operirt worden war, wieder an Heiserkeit, Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf und Athembeschwerden erkrankte. „Nach etwa einem Jahre wird ein tumorartiges Infiltrat des linken Taschenbandes, Dämpfung und verschärftes Athmen über dem linken Oberlappen festgestellt, Sputum ohne besonderen Befund. Das Röntgenbild zeigt einen kleinen rechtsseitigen Hilusschatten. Der Tumor des Kehlkopfes wird entfernt. Die Besichtigung der tieferen Luftwege ergiebt ödematöse Beschaffenheit der Trachealschleimhaut, Verbreiterung des Bifurcationssporns, eine Stenose des rechten

Bronchus, die aber so gering ist, dass sie keine erheblichen Erscheinungen macht, und einen Tumor des linken Bronchus, nach dessen Entfernung die Athembeschwerden sogleich nachlassen und die Dämpfung über dem linken Oberlappen verschwindet. Die histologische Untersuchung der entfernten Tumoren ergiebt Amyloid.“

ZARNIKO.

f) Schilddrüse.

97) **Weber** (Tupgen). **Ueber das Adenoma malignum der Schilddrüse.** *Züricher Dissertation. Zürich. Verlag Gebrüder Seemann & Co. 1913.*

Schlüsse: Die Schilddrüse ist Ausgangspunkt einer seltenen Geschwulstform, die wir heute als Adenoma malignum bezeichnen und den Carcinomen einreihen. Dieselbe verhält sich histologisch im Primärtumor durchaus gutartig. Derselbe bildet aber frühzeitig Metastasen, welche bald das Knochensystem infiltriren und sich recidivirend verhalten. Bei einem Unterkiefertumor unbekannter Natur müsse man stets an adenomatöse Knochenmetastasen denken, selbst dann, wenn die Schilddrüse noch nicht vergrössert sei. Differentialdiagnostisch seien diese Knochenmetastasen im Unterkiefer schwer abzugrenzen.

JONQUIÈRE.

98) **Arno Ed. Lampé** und **Robert Fuchs. Serologische Untersuchungen mit Hülfe des Abderhalden'schen Dialysirverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Specifität der Abwehrfermente. 3. Mittheilung: Weitere Untersuchungen bei Schilddrüsenerkrankungen: Morbus Basedowii, Basedewoid, Myxödem, endemische Struma.** Aus der I. med. Klinik zu München (Director: Prof. Dr. v. Romberg). *Münchener med. Wochenschr. No. 38 und 39. 1913.*

Die Arbeit umfasst ein Gesammtmaterial von über 60 Fällen von Schilddrüsenerkrankungen, deren Serum mit der Abderhalden'schen Methode untersucht wurde, und ist durch zahlreiche Tabellen illustrirt. Die erhaltenen Resultate und ihre Deutung fassen Verff. in folgende Thesen zusammen:

„Das Serum Basedowkranker baut immer Basedowschilddrüse und in verschwindend wenig Fällen auch normale Schilddrüse ab; gleichzeitig lässt sich in der grössten Mehrzahl der Fälle auch ein Abbau von Thymus und Keimdrüsengewebe nachweisen.

Beim Basedowoid finden sich dieselben Verhältnisse.

In dem Serum Myxödematöser ist ebenfalls ein Abwehrferment gegen Schilddrüsengewebe vorhanden.

Auch bei endemischer Struma fällt die Abderhalden'sche Reaction mit Schilddrüsengewebe positiv aus.

Diese Befunde sind folgendermaassen zu deuten: Bei der Basedow'schen Krankheit und beim Basedowoid handelt es sich um einen Dysthyreoidismus. Gleichzeitig besteht eine von der Norm abweichende Thätigkeit der Thymus und der Keimdrüsen.

Bei Myxödem findet sich ebenfalls eine anormale Schilddrüsenthätigkeit. Doch ist diese functionelle Störung der Thyreoidea offenbar ganz anderer Art als bei der Basedow'schen Krankheit.

Die Befunde bei endemischer Struma sprechen dafür, dass es sich bei dieser Erkrankung um eine endemische Dysthyreose handelt.

Die Abwehrfermente zeichnen sich, wenn mit absolut einwandfreier Technik gearbeitet wird, durch eine sehr weitgehende Specifität aus."

HECHT.

99) **H. Kaliebe** (Strassburg). **Autochthone Sinusthrombose bei einem Falle von Morbus Basedowii und Tabes.** *Med. Klinik. No. 47. 1913.*

Bei einem 30jährigen Manne mit Basedow und Tabes setzten nach mehrere Tage bis Wochen dauernden Prodromalerscheinungen von Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen und allgemeiner Unruhe ganz plötzlich Krampfanfälle, Coma ein, nach einigen Tagen Exitus. Bei der Section fand sich eine Thrombose in den Hirnsinus.

SEIFERT.

100) **R. Gaultier. Heilung einiger Basedowfälle mittels starker Chinindosen lange Zeit fortgesetzt. (Guérison de quelques cas de goître exophthalmique).** *Presse médicale. No. 101. p. 1019.*

Die Methode, den Basedow mittelst lange Zeit fortgesetzter hoher Chinindosen zu behandeln, stammt von Lanceraux. L. giebt 20—30 g Chinin durch 20 Tage im Monat und wiederholt dies durch mehrere Monate. Die Basedowkranken vertragen diese hohen Chinindosen sehr gut. In vielen Fällen wird eine vollständige Heilung oder grosse Besserung erzielt.

LAUTMANN.

101) **R. v. Funke. Ueber acuten Basedow.** *Wissenschaftl. Gesellsch. d. deutschen Aerzte in Böhmen. 25. April 1913.*

Mitteilung von 4 Fällen. Der acute Basedow zeigt häufig atypische Formen. Die Tachykardie und der hochgradige Gewichtsverlust innerhalb kurzer Zeit, ein jäher Gewichtsabsturz, sind die wichtigsten Symptome, während die Struma mitunter bloss angedeutet ist oder im Beginn auch vollständig fehlen kann. Ebenso können die Augensymptome fehlen oder kaum angedeutet sein. Die Erscheinungen des Magendarmcanals ähneln jenen bei chronischem Verlaufe des Morbus Basedowii, können aber auch so stürmisch einsetzen, dass sie mit dem Krankheitsbild einer acuten Vergiftung verwechselt werden können. In einem der Fälle erfolgte der Beginn mit choreatischen Zuckungen, wie diese ja bei chronischem Morbus Basedowii öfters vorkommen. In allen Fällen wurde durch die hygienisch-diätetische Behandlung bei langer Liegecur wesentliche Besserung erzielt und so den Patienten über das acute Stadium, in welchem Verf. die Operation nicht angezeigt hält, hinübergeholfen; bleiben dann noch manche Erscheinungen, besonders eine Struma zurück, so darf operirt werden, wie auch in einem seiner Fälle, 16 Monate nach Beginn der Erkrankung die halbseitige Strumektomie von Schloffer mit günstigem Erfolge vorgenommen wurde.

STEINER (PRAG).

g) Oesophagus.

102) **V. Segura. Ueber die Schleimhautmykosen der oberen Luft- und Speisewege. (Considérations sur les mykoses des muqueuses des voies respiratoires et digestives supérieures.)** *Arch. intern. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Abdruck des Vortrages, den der Autor auf dem Londoner Congress 1913 ge-

halten hat, mit ausführlicher Angabe der Krankengeschichten. Interessant ist die erste Krankengeschichte, namentlich weil sie einen Fall von Mykosis bei Ehegatten behandelt und der Autor an eine Infectionsmöglichkeit denkt. Die Durchsicht der 11 Krankengeschichten lässt für die Diagnose hauptsächlich den Schluss zu, dass man an die Mykosis immer denken muss und im Nothfalle die Jodbehandlung einleiten muss, die rasch zum Ziel führt. LAUTMANN.

103) **Liebmann** (Zürich). **Ueber die totale Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut nach Verätzung.** *Med. Klinik. No. 2. 1914.*

In 2 Fällen von Laugenverätzung wurde die Oesophagusschleimhaut 7 bis 9 Tage nach dem Unfall ausgestossen, nachdem einige Tage Fieber vorausgegangen war. Auffallend waren die wenig alarmirenden Symptome vor dem Ereignis, die Kranken konnten ganz ordentlich schlucken, und erst das Herauswürgen der Oesophagusschleimhaut liess die Verletzung in ihrer ganzen Schwere erkennen.

SEIFERT.

104) **K. Morelli. Ueber Oesephaguspolypen im Anschluss an einen mit Hülfe des Oesophagoskops mit Erfolg operirten Fall.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 745. 1913.*

Nach geschichtlichen Notizen betreffend die Oesophagoskopie erwähnt Verf. folgende Krankengeschichte: 27 Jahre alte Arbeiterin litt seit dem 3. Lebensjahre an Schluckbeschwerden, so dass sie während 24 Jahren nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Oesophagoskopie: Vor der Cardia mit breiter Basis aufsitzende kirschgrosse Geschwulst. In sitzender Position der Patientin Entfernen der Hauptgeschwulst mit kalter Schlinge und in 2 weiteren Sitzungen Entfernen der Geschwulstreste mit scharfem Löffel und gedecktem Messer. Histologische Untersuchung: Reichlich vascularisirtes ödematöses und hyalines Bindegewebe bedeckt mit geschichtetem Plattenepithel. 3 Jahre nach der Operation kein Recidiv. Verf. empfiehlt das Leiter-Mikulicz'sche Oesophagoskop mit Metallfadenmignonlampe. OPPIKOFER.

105) **Ch. Lenormant. Eine seltene Ursache der Oesophagus- und Trachealcompression; die Anomalien des Ursprungs der Arteria subclavicularis dextra. (Une cause rare de compression de l'oesophage et de la trachée.)** *Presse médicale. No. 85. 1913.*

Es handelt sich in diesem Aufsatze eigentlich nur um eine Analyse der Arbeit von Girard „Dysphagia und Dyspnoea lusoria", erschienen im „Archiv für klin. Chirurgie", Bd. 101. Wenn die Arteria subclavicularis dextra vom linken Aortenbogen ausgeht, dann kann es zu Störungen von Seiten der Trachea und des Oesophagus kommen, derentwegen Verf. operativ vorgegangen ist. LAUTMANN.

106) **W. Meyer** (New York). **Zur Resection des Oesophaguscarcinoms im cardialen Abschnitt.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 2. 1914.*

Von rein chirurgischem Interesse. SEIFERT.



III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **P. H. Gerber** (Königsberg). **Die Untersuchung der Luftwege. Ein Vortrag zur Einführung in die moderne Rhino-Laryngologie für Aerzte und Studirende.** Mit 49 Textabbildungen und 12 Abbildungen auf 4 Tafeln. 45 S. Preis M. 2. Verlag Kurt Kabitzsch. Würzburg. 1913.

Den Inhalt dieses Büchleins bildet ein Demonstrationsvortrag, den Gerber in Gemeinschaft mit seinen Assistenten im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg gehalten hat. Es sollte gezeigt werden, wie sich heut zu Tage die Untersuchung der gesammten Luftwege eines Patienten nach modernen Principien gestaltet. Darüber hinaus aber verfolgt Verf. noch ein höheres Ziel, und wir können gleich sagen, dass er dieses Ziel auf das glänzendste erreicht hat, nämlich weiteren ärztlichen Kreisen anschaulich vor Augen zu führen, bis zu welcher Höhe der Leistungsfähigkeit es unsere Disciplin gebracht hat. An der Hand von ausgezeichneten Bildern bespricht der Verfasser in klarer und gedrungener Form die Rhinoscopia externa anterior und media, die verschiedenen Methoden der Untersuchung des Nasenrachenraums, des Pharynx und Hypopharynx, die Methoden der directen und indirecten Kehlkopfuntersuchung einschliesslich der Schwebelaryngoskopie, die Tracheoskopie und Bronchoskopie. Aus den beigegebenen 4 Tafeln ist ersichtlich, welche Bedeutung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für die Erkennung der Erkrankungen der Luftwege zukommt.

In seinem Vorwort kommt Gerber auf den Kampf zu sprechen, den die Laryngologie um ihre Stellung als vollberechtigtes und staatlich anerkanntes wissenschaftliches Sonderfach zu kämpfen hat. Es sind geradezu goldene Worte, die er bei dieser Gelegenheit ausspricht, und sie sind allen denen, die die Selbstständigkeit unserer Disciplin gewahrt wissen wollen, so aus dem Herzen gesprochen, dass wir sie unseren Lesern nicht vorenthalten wollen.

„Ein eigenartiges Schauspiel! — ruft Gerber aus —. Nach einer ungeahnten Entwicklung sieht die Laryngologie ihre Hoffnungen auf eine Sonderstellung als Lehr- und Forschungsfach an den meisten Universitäten — kaum erblüht, schon verwelkt — und sich zum Aschenbrödel erniedrigt. Wen, der ihr die Arbeit eines Lebens geweiht, sollte das nicht schmerzen? Praktisch ausübend kann man freilich die Laryngologie sehr wohl mit der Otologie oder ebenso, wie die Amerikaner es vielfach thun, mit der Ophthalmologie vereinen. Das Fach forschend und lehrend fördern kann heute nur der, der ihm allein seine Gedankenarbeit widmet und die productiven Rhino-Laryngologen sind nicht mehr und nicht minder „Specialisten" wie die productiven Internen, Chirurgen, Gynäkologen, Ophthalmologen oder wie irgend welche anderen Fachleute."

Finder.

---

b) **Wm. Hill, B. Sc. M. D. London. On gastroscopy and oesophago-gastroscopy.** 47 illustrations. John Bale Sons & Damielsson. London 1912.

Diese Beschreibung einer neuen und leistungsfähigen Methode der Oesophago-Gastroskopie, bei der die directe mit der indirecten Besichtigung combinirt wird, stellt einen Beitrag dar zu den klinischen Methoden der Untersuchung bei

zweifelhaften Veränderungen in der Magenwand. Der Vörfasser giebt zuerst einen Ueberblick über die früheren Arbeiten über directe Gastroskopie von Kussmaul, Killian, Chevalier Jackson, Rosenheim, beschreibt die Instrumente von Nitze und Leiter, Souttar, Kelling und Kuttner zur indirecten Besichtigung und erwähnt ausserdem die Methoden vieler anderer Forscher auf diesem Gebiet. Zusammen mit Dr. George Herschell wandte Verf. den von ihm entworfenen Apparat mit combinirter directer und indirecter Besichtigung in der Praxis an. Dieser Apparat besteht im Wesentlichen aus einem Killian'schen Rohr zur directen Oesophago-Gastroskopie, modificirt durch eine Vorrichtung zur Lufteinblasung und verbunden mit einem geraden indirecten periskopischen Rohr nach dem Heynemann'schen Modell. Was die Technik betrifft, so giebt Hill viele nützliche Winke, die bei der Durchführung des Oesophagoskops durch die Cardia zu beachten sind; er legt grosses Gewicht darauf, dass die unmittelbare Umgebung der Cardia durch das directe Rohr ohne und mit Lufteinblasung untersucht wird, da es sehr schwierig ist, diese Gegend mittels der indirecten periskopischen Methode zu Gesicht zu bekommen. Darauf wird das Rohr zur indirecten Besichtigung durch das ösophagoskopische Rohr hindurchgeschoben und während sowohl wie nach der Einführung des inneren periskopischen Rohrs Luft eingeblasen. Unter den zahlreichen Krankheitszuständen, die Verf. mittels dieser Methode untersucht hat, erwähnen wir multiple hämorrhagische Erosionen, Magengeschwüre, Neubildungen. Einige dieser pathologischen wie aüch normale Magenbilder sind durch Illustration wiedergegeben.

Die Darstellung in der Monographie ist kurzgefasst und sachlich; sie enthält eine Summe mühevoller Arbeit auf einem Gebiet, auf dem, wie der Verfasser selbst sagt, noch viel zu thun ist, bevor man zu einer richtigen Einschätzung der Methode gelangt. Eine sehr werthvolle Zugabe ist die beigefügte Bibliographie über Gastroskopie.

P. Watson-Williams.

---

c) 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Vom 5. bis 7. Mai 1913.

(Fortsetzung und Schluss.)

Charles W. Richardson (Boston): Angeborener Verschluss der Choanen.

R. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von knöchernem Choanalverschluss, der besonders beachtenswerth ist wegen des frühen Alters, in welchem er zur Beobachtung kam. R. hat in der Literatur nur ein paar Fälle finden können, wo die Beobachtung sich auf kleine Kinder bezog. Das Kind, um das es sich in seinem Falle handelte, war ein Neugeborenes und kam in seine Behandlung wegen sehr hochgradiger Athembeschwerden. Es rang nach Luft und war leicht cyanotisch; die Athembeschwerden liessen aber nach, wenn es anfing, zu schreien. Die Untersuchung liess keinen Zweifel darüber, dass es sich um eine völlige Atresie der Choanen handelte. Gegen Ende der zweiten Woche hatte das Kind gelernt, sich der Mundathmung besser zu bedienen und lernte auch in kurzer Zeit trinken, so dass es sich in normaler Weise entwickelte.

William E. Casselberry (Chicago) hat drei Fälle von angeborener Choanalatresie gesehen. Der eine Fall betraf einen alten Mann, der sein ganzes Leben mit einer einseitigen Atresie zugebracht hatte, und bei dem mittelst Galvanocaustik Heilung erzielt wurde; der zweite Fall betraf einen 28jährigen Mann, bei dem eine Oeffnung gemacht und durch Bougies offen gehalten wurde. In zwei Fällen, die kleine Kinder betrafen, brauchte er den Drillbohrer.

H. A. Loeb (St. Louis) beobachtete vier Fälle. Drei davon betrafen Erwachsene, welche die Operation verweigerten. Im vierten Falle handelte es sich um ein Kind, das an Asthma litt und grosse Adenoide hatte. Die Operation der Adenoiden hatte Verschwinden des Asthmas zur Folge. 5 Jahre später ergab die Untersuchung einen knöchernen Choanalverschluss. Das Kind starb in der Chloroformnarkose.

Emil Mayer (New York) empfiehlt in diesen Fällen, um sich eine genaue Anschauung von der Art und dem Umfang der Verwachsung zu verschaffen, die Anwendung des Pharyngoskops. In einem Fall verweigerte M. die Operation, weil er nach der Configuration des Schädels die Gefahr für vorliegend erachtete, dass der Drillbohrer in das Gehirn gehen könnte.

Charles W. Richardson (Washington) bezeichnet es als barbarisch, wenn man in einem Fall, wie dem von ihm berichteten, eine Digitaluntersuchung machen wollte. In solchen Fällen solle man warten, bis das Alter des Patienten die Vornahme einer Operation mit Sicherheit und mit Aussicht auf Erfolg gestatte.

Cornelius G. Coakley (New York): Fremdkörper des Oesophagus nebst Bericht über zwei Fälle.

Der erste Fall betraf einen 15jährigen Knaben, der angeblich einen Knochen aspirirt hatte. Als er zuerst untersucht wurde, bestand Fieber, Pulsbeschleunigung und ein pneumonischer Herd in der rechten Lunge. Untersuchung des Pharynx zeigte ein Oedem, das sich vom Rachendach so weit nach unten erstreckte, als man mit dem Kehlkopfspiegel sehen und mit dem Finger fühlen konnte. Es sah ganz wie ein Retropharyngealabscess aus; Röntgenstrahlen zeigten einen dreieckigen Fremdkörper. Er war zackig und hatte augenscheinlich die Schleimhaut verletzt, und das aus dem inficirten Pharynx stammende Secret war herabgeflossen und hatte zu einer septischen Pneumonie geführt. An dieser ging der Knabe 14 Stunden nach der Operation zu Grunde. An demselben Tage sah C. einen 3jährigen Knaben, der eine Münze verschluckt hatte. Die Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper im Niveau des 6. Halswirbels. Der Fremdkörper hatte 5 Tage im Oesophagus gesteckt, ohne irgend welche Symptome zu machen und wurde mit Leichtigkeit entfernt.

Emil Mayer (New York) zeigt einen Metallstift mit daranhaftendem Draht, den er bei einem Kind mittelst des Oesophagoskops entfernte. Das Kind starb 12 Stunden später ohne ersichtlichen Grund. Der Stift war im Januar verschluckt worden, und das Kind kam erst im März zur Operation.

Chevalier Jackson (Pittsburg): Es ist ein Verbrechen, wenn man das Oesophagoskop mit Gewalt einführt. Dieser Eingriff muss denen überlassen

werden, die darin Erfahrung besitzen. Viele Fälle werden moribund in die Hospitäler eingeliefert, weil schon von unerfahrener Seite vergebliche Versuche gemacht worden sind, den Fremdkörper zu entfernen. In einem Falle hatte der Operateur versucht, einen Theil des Halswirbels zu entfernen, in einem anderen stiess der Operateur das Oesophagoskop in das Mediastinum.

Harmon Smith (New York) berichtet über einen Fall, der ihm vor Kurzem zugeschickt wurde, wo die Röntgenaufnahme eine Münze im Oesophagus zeigte. Es wurde das Oesophagoskop eingeführt und bis zum Magen vorgeschoben, ohne dass man jedoch die Münze fand. Ein nun aufgenommenes Röntgenbild zeigte die Münze im Intestinum; am folgenden Tage zeigte die Röntgenaufnahme sie in der Flexura sigmoidea, und am darauffolgenden Tage war keine Röntgenaufnahme mehr nöthig.

F. E. Hopkins (Springfield): Phlegmone der oberen Luftwege nebst Bericht über einen Fall.

Ein 26jähriger Mann hatte Masern gehabt, und während der Reconvalescenz erkältete er sich und bekam eine starke Schwellung auf der linken Seite des Rachens mit starken Schmerzen; das Allgemeinbefinden blieb jedoch ganz leidlich und auch die Temperatur ging nicht sehr hoch. Es wurden tiefe Incisionen gemacht, ohne dass man jedoch auf Eiter kam. 3 Tage darauf trat eine furchtbare Blutung auf, die tödtlich verlief. Es handelte sich um eine Arrosion der Carotis; das Blut war durch den hinteren Gaumenbogen durchgebrochen. Als das beste Mittel zur Behandlung dieser Fälle bezeichnet der Redner eine frühzeitige Drainage. Es sind Fälle berichtet worden, wo Erstickung eintrat dadurch, dass ein Abscess barst und der Eiter den Larynx überschwemmte, oder dass wegen völligen Verschlusses des Rachens in Folge Oedem und Infiltration die Tracheotomie gemacht werden musste; Redner weist aber besonders auf die in seinem Fall beobachtete Complication hin, die Arrosion von Blutgefässen.

Henry L. Swain (New Haven): Entzündung der Seitenstränge des Rachens mit Ausgang in Abscessbildung.

Nach Entfernung der Rachen- und Gaumentonsillen tritt eine Vergrösserung der Zungenmandel und der Seitenstränge auf. Wir finden an diesen Gebilden nicht nur acute Entzündungen, sondern auch Phlegmone. Die Seitenstränge verhalten sich in dieser Beziehung nicht anders als die übrigen Theile des lymphatischen Schlundringes. S. hat kürzlich sechs Fälle von Kehlkopfödem beobachtet; bei zwei davon waren überhaupt keine Erscheinungen von Seiten des Rachens vorhanden. Bei dem einen dieser Fälle bestand eine allgemeine rheumatische Infection, wobei mehrere Gelenke afficirt waren.

John O. Roe (Rochester): Die Phlegmone ist einfach eine andere Bezeichnung für Entzündung, obwohl sie klinisch als eine besonders starke Entzündung aufzufassen ist von mehr oder minder malignem Charakter. Phlegmonen können jeden Theil der oberen Luftwege befallen. Im Allgemeinen befallen Phlegmonen solche Individuen, deren Gesammtconstitution bereits geschwächt war. Die Behandlung dieser Infectionen erfordert keine besonderen Regeln und richtet sich nach der Localisation und den Complicationen.

George L. Richards (Fall River): **Bericht über einen Fall von Phlegmone, der als Peritonsillarabscess begann und sich nach unten bis zum zweiten Trachealring erstreckte.**

Henry L. Wagner (San Francisco): Es giebt so viele Umstände, welche diese Phlegmonen hervorrufen, dass wir früher oder später eine Aenderung in der Classification dieser Fälle zu erwarten haben. Die Streptokokkeninfection bringt nicht immer derartige Zustände hervor. Redner ist der Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen um Allgemeinstörungen handelt. In einem seiner Fälle begann die Entzündung im Auge und wurde zu ihm geschickt, als dieselbe nach unten geschritten war.

William Casselberry (Chicago) hat einen Fall gesehen, der zuerst wie ein Peritonsillarabscess aussah, später wurde das Ohr afficiert, und dann entwickelte sich ein Erysipel, welches sich über das ganze Gesicht und einen Theil des Körpers ausbreitete. Patient genas völlig. Vier andere Fälle von Phlegmonen des Pharynx mit Angina Ludovici und zwei mit tonsillarem Abscess starben an Lungenödem.

Crosby Greene (Boston): In vielen Fällen, wo das Oedem auf eine Seite des Larynx und des Rachens beschränkt ist und die Schwellung sich nur auf dieser Seite vorfindet, ist eine mediane Incision die Methode der Wahl. In einem Falle, wo G. diese Methode befolgte, trat fast unmittelbar darauf ein Nachlassen der Schmerzen und der Dyspnoe auf. Ein weiterer Vortheil besteht darin, dass im unteren Wundwinkel die Trachea freigelegt wird, und nöthigen Falls die Tracheotomie mit Leichtigkeit gemacht werden kann.

Cornelius G. Coakley (New York) bezeichnet als die nach seiner Erfahrung gefährlichsten Fälle diejenigen, die mit einer leichten Tonsillitis beginnen. Sie fangen mit etwas Halsschmerzen an, und es kann im Rachen sonst nichts Besonderes gesehen werden. Bisweilen kann man nach 24 Stunden eine harte Schwellung mit beginnendem Oedem auf der einen Seite der Rachenwand constatiren, und innerhalb 24 Stunden kann der Patient an Suffocation zu Grunde gehen. Wenn die Tracheotomie gemacht wird, so kann der Tod in Folge von septischer Pneumonie eintreten. Die einzige Methode, die nach Ansicht des Redners Aussicht auf Erfolg bietet, ist die Operation von aussen. Die Incision ist längs des Sternocleidomastoideus zu machen.

James E. Logan (Cansas City) hat einen Fall gesehen, der ebenfalls mit einer leichten Tonsillitis begann, und bei dem 3 oder 4 Tage später ein Oedem der linken Gaumenfalte auftrat, das sich nach unten bis über die Epiglottis erstreckte, und man konnte deutlich eine ödematöse Masse über dem linken Aryknorpel fühlen. L. giebt diesen Patienten zuerst ein Purgans und dann 60 Stunden lang Kälteapplicationen. Redner ist gegen die Scarificationen in diesen Fällen und glaubt, dass die besten Resultate durch Anwendung von Eis erzielt werden.

Robert C. Myles (New York) hat unter seinen Fällen von Phlegmone der oberen Luftwege nur einen Todesfall gesehen. Er glaubt, dass in seinen Fällen die Wiederherstellung auf chirurgischen Eingriff und gleichzeitige Anwendung von Antitoxininjectionen zurückzuführen war.

John R. Winslow (Baltimore) hat bei einem Farbigen einen Fall beobachtet, der mit Tonsillitis und sich daran schliessendem peritonsillaren Abscess begann. Nach 6 Wochen kam er auf die Klinik und klagte über Halsschmerzen und Schluckbeschwerden; jedoch bestand keine Dyspnoe. Es war ausgesprochenes Oedem des perilaryngealen Gewebes auf der linken Seite der Epiglottis vorhanden, jedoch keine Schwellung im Larynxinnern. Es stellte sich heraus, dass es sich um einen Abscess handelte, und es traten nach und nach noch 5 oder 6 andere auf. Schliesslich wurde es nothwendig, die Tracheotomie zu machen; Patient bekam einen schweren Collaps, aus dem es nur mit Mühe gelang, ihn wieder zu sich zu bringen. Er genas, konnte jedoch die Canüle nicht wieder los werden. Der Larynx scheint vollkommen collabirt zu sein und die Kehlkopfmuskeln sind gelähmt. Redner glaubt, dass es sich um einen vernachlässigten Fall von Angina gehandelt habe mit Senkung nach unten und Entwicklung einer perilaryngealen und peritrachealen Phlegmone.

Emil Mayer (New York) hat in einem Fall, wo in Folge Schwellung der Epiglottis Athemnoth bestand, die Epiglottis entfernt und Heilung erzielt.

Henry L. Swain (New Haven) meint, dass nicht genügend Aufmerksamkeit auf die Fälle von Angina der Zungentonsille in Bezug auf die Aetiologie der nach unten sich ausbreitenden Phlegmonen gerichtet wird.

John O. Roe (Rochester) meint, man solle nicht ausser Acht lassen, dass bei diesen Zuständen über der chirurgischen Behandlung die constitutionelle Behandlung nicht vernachlässigt werden darf. In vielen Fällen geht der localen Erkrankung ein allgemeiner septischer Zustand voraus.

Henry L. Wägner (San Francisco) hielt einen Vortrag über „Den Sitz latenter Diphtherie in den oberen Luftwegen“.

Emil Mayer (New York): Primäres Carcinom der Epiglottis nebst Bericht über einen Fall.

Primärer Krebs der Epiglottis ist eine seltene Erkrankung. M. hat zwei solche Fälle gesehen. Der erste Fall war als wahrscheinlich maligne Erkrankung diagnosticirt worden. Es wurde die Laryngektomie gemacht und der Patient starb. Der zweite Fall betraf einen 64jährigen Mann, der wegen leichter Schluckbeschwerden consultirte, besonders beim Schlucken von kalten Flüssigkeiten. Das Allgemeinbefinden war gut. Es bestand Oedem der Uvula und zahlreiche weisse Flecke auf der Zunge und der Innenfläche der Wange. Es wurde die Diagnose auf Leukoplakia buccalis gestellt. In der Anamnese keine Lues. Auf Behandlung trat etwas Besserung ein, jedoch war dieselbe nicht anhaltend und 6 oder 7 Monate später bestanden noch Schluckschmerzen, Nasenrachenkatarrh und auch die weissen Flecke waren noch vorhanden. Sonst aber war nichts Krankhaftes im Halse nachweisbar. Ungefähr drei Wochen später sah man auf der laryngealen Fläche der Epiglottis eine tiefe, von verdicktem Gewebe umgebene Ulceration. Der Pathologe stellte die Diagnose auf ein Cylinderzellencarcinom. Da es sich hier um ein Carcinom in den frühesten Stadien handelte, so entfernte M. die Epiglottis unter Anästhesie in Schwebelaryngoskopie. Bei der Operation selbst blutete es nur

wenig, aber 26 Stunden später expectorirte Patient grosse Mengen Blut; die Blutung wurde durch innerliche Eisdarreichung und Wasserstoffsuperoxyd in Sprayform gestillt. Das war der erste in Schwebelaryngoskopie operirte Fall dieser Art.

Lorenzo B. Lockard (Denver) hat die warme, die kalte Schlinge und andere Methoden angewandt, aber nicht so viel von der Epiglottis entfernen können, wie Mayer mit der von ihm angewandten Methode.

J. Gordon Wilson (Chicago) macht eine vorläufige Mittheilung über „Die Bedeutung der Plasmazellen in den Tonsillen“ und demonstrirt die Plasmazellen in den Tonsillen und dem adenoiden Gewebe.

Algernon Coolidge (Boston) hat die Grösse der Tonsillen im Kindesalter studirt und ist überrascht über die Kleinheit der Tonsillen beim Kinde. Bei einer Serie von 200 Tonsillektomien bei Kindern wogen die, welche als hypertrophirt diagnosticirt worden waren, durchschnittlich weniger als diejenigen, welche als klein bezeichnet und aus constitutionellen Indicationen entfernt worden waren. Der anscheinende Unterschied in der Grösse war völlig zurückzuführen auf das variirende Verhalten der Tonsille zu dem Gaumen.

George B. Wood (Philadelphia) hat gleichfalls das constante Vorkommen von Plasmazellen in den Tonsillen constatirt. Es wird allgemein angenommen, dass diese Zellen einen Zustand von subacuter Entzündung anzeigen. W. hat bei seinen Untersuchungen über Tuberculose feststellen können, dass die Tonsillen sehr früh von den Bacterien invasirt werden, dass aber das Tonsillarparenchym den Toxinen einen ausgesprochenen Widerstand leistet. So führt eine Infection der Tonsillen mit Bacterien selten zu ausgedehnten Zerstörungen. Häufiger findet sich der latente Typus mit Neigung zur Fibrose. Die Anwesenheit der Plasmazellen zeigt an, dass die Tonsillen häufigen Insulten in Folge Bacterieninvasion ausgesetzt gewesen sind und dass sie mit der Erzeugung einer localen Immunität reagirt haben.

Thomas R. French (Brooklyn): Ueber Narkose bei Operationen in aufrechter Stellung.

Nach den Erfahrungen im Long Island-Hospital sind Operationen in sitzender Stellung mit weniger Blutverlust verbunden, mit weniger Gebrauch des Narcoticums und mit weniger unangenehmen Erscheinungen während des Erwachens aus der Narkose. Da F. die Beobachtung gemacht hatte, dass alle plötzlichen Aenderungen in der Stellung des Patienten sowie alle plötzlichen Störungen des Körpers, während der Patient sich in der allgemeinen Narkose befindet, zu Shock disponiren, dessen Wirkungen sich während der Operation und während des Erwachens aus der Narkose manifestiren, so hat er einen Operationstisch construirt, mittelst dessen sich alle Bewegungen ohne jedes Knarren und ohne alle Gleichgewichtsstörungen auch bei ganz kleinen Kindern ausführen lassen. Ein sehr wichtiger Umstand ist, dass man jetzt im Stande ist, das Excitationsstadium entweder ganz auszuschalten oder einzuschränken. Dies kann geschehen durch die Anwendung von Stickoxydul oder, wie Dr. Gwathmey (New York) nachgewiesen hat, mit noch grösserer Sicherheit und Leichtigkeit mit Orangenessenz. Die vor-

hergehende Anwendung von Stickoxydul oder Orangenessenz und die Tropfmethode mit Anaesthol mit nachfolgender Tropfnarkose mit Aether sichert, nachdem der Körper in die aufrechte Stellung gebracht ist, eine Herabsetzung des Blutverlustes und eine Herabminderung der unangenehmen Folgeerscheinungen. Ferner empfiehlt er, die Extremitäten abzuschnüren, wodurch der Blutzufluss zum Kopf herabgesetzt wird, was in Verbindung mit der aufrechten Stellung eine weitere Herabsetzung der Gefahr grossen Blutverlustes zur Folge hat, wie dies Redner in 58 Fällen hat constatiren können.

Harmon Smith (New York) hat Dr. Dawborn in einem Fall operiren sehen, wo man einen grossen Blutverlust erwartete, aber mittelst der Extremitätenabschnürung gelang es, die Blutung auf ein Minimum zu reduciren.

Thomas H. Halstead (Syracuse) hat den von French construirten Tisch zu seiner grossen Zufriedenheit gebraucht und hat auch gefunden, dass die Blutung bei aufrechter Stellung weit geringer ist.

Thomas R. French erwidert auf eine diesbezügliche Anfrage, dass trotz aller Vorsichtsmaassregeln secundäre Blutungen vorkommen können. Die Abbindung der Extremitäten hat nicht die geringsten Störungen zur Folge, es werde eine Extremität nach der anderen abgebunden.

Discussion über „Die Ausbildung des Specialisten".

Thomas J. Harris (New York) schlägt vor: Erst Vorbereitung in den undergraduate medical schools; dann vorläufige allgemeine Ausbildung mehrere Jahre in der Praxis oder als Assistent in einem Hospital; drittens mindestens 6 Monate lang Specialunterricht nicht nur nach der klinischen Seite hin, sondern auch in Bezug auf Anatomie, Physiologie, Chirurgie etc., dann viertens 18 Monate lang Assistentenschaft an einer Specialklinik oder an einer Hals-, Nasen-, Ohrenabtheilung eines allgemeinen Krankenhauses und schliesslich ein Examen bei einer Universität, nach dessen Bestehen der Candidat einen postgraduate Grad erhält. Die mit dem Bericht über diesen Gegenstand betraute Commission ist der Ansicht, dass der postgraduate Unterricht an bestimmten Universitäten gegeben werden soll und dass ein Gesetz nothwendig sei. Die verschiedenen Gesellschaften Amerikas und Canadas müssten für diesen Zweck zusammenwirken.

H. W. Loeb (St. Louis): In Amerika giebt es 150000 Aerzte und man zögert zu sagen, wie viele von ihnen dazu qualificirt sind zu practiciren. Vor wenigen Jahren war es leicht, mit einer Elementarschulbildung Medicin zu studiren, und viele von diesen Aerzten wurden nach 5 oder 15 Jahren Specialisten, ohne dass es ein Mittel gab, sie daran zu verhindern. In den nächsten 25 Jahren werden die gut ausgebildeten Aerzte in der Majorität sein.

Burt Shurley: Bei einer neulich stattgefundenen Aerzteversammlung des Middle West waren 1000 Practiker eingeschrieben und der fünfte Theil von ihnen war eingeschrieben als Specialisten für Auge, Ohr, Nase und Hals. Das lässt nicht auf ein sehr hohes Niveau unserer Specialität schliessen. Es ist mit Freuden zu begrüssen, dass die Bildung eines American College of Surgeons eine Besserung der Verhältnisse verspricht.

Emil Mayer (New York).

---

d) XXIII. Jahrescongress der Belgischen Gesellschaft für Otologie, Rhinologie und Laryngologie in Brüssel am 26. und 27. Juli 1913.

Vorsitzender: Dr. G. Bôval (Charleroi).

Sitzung: Sonnabend Nachmittags um $4^1/_2$ Uhr im St. Johanneshospital.

Anwesend waren über 50 Mitglieder.

Erledigung des:

I. Administrativen Theils und der Bureauarbeiten. Besichtigung der Instrumentausstellung.

II. Wissenschaftlicher Theil.

Diverse Mittheilungen.

Onodi jr. (Budapest): Anatomische Präparate der Nasensinus.

O. zeigt eine grosse Anzahl von anatomischen Präparaten der Stirn- und Keilbeinhöhlen vor, indem er einestheils den Torus olfactorius, den Recessus paracribrosus und den Recessus cristae galli, andererseits die directen oder gekreuzten Beziehungen des Sinus sphenoidalis mit den Gehirnnerven demonstrirt.

Diese Demonstration erklärt gewisse endocranielle Complicationen der Stirnhöhlen und gewisse Lähmungen der gleichen oder der entgegengesetzten Seite im Falle von Sinusitis sphenoidalis.

L. Beco (Lüttich): Fibrom des Vestibulum laryngis.

Ovoide Geschwulst mit einem Gewicht von 15 g und $3^1/_2$—4 cm Durchmesser wurde nach vergeblichen Versuchen mit der kalten Schlinge mit der Glühschlinge entfernt bei einem 39 Jahre alten Kohlenbergwerksarbeiter, der immer weiter gearbeitet hatte, ohne das Bestehen der Geschwulst zu bemerken. Nur 3 Wochen zuvor hatte er eine Behinderung beim Schlucken bemerkt und in den letzten Tagen Rauhigkeit mit leichter Dyspnoe. Die Folgen der Operation waren sehr gering, und er arbeitete wieder nach 3 Wochen. Die Neubildung war inserirt auf der linken aryepiglottischen Falte und den zwei oberen Dritteln der entsprechenden Reg. arytaenoid.

Histologisch repräsentirt sie ein reines Fibrom mit entzündlichen Läsionen, herrührend von den Extractionsversuchen.

Broeckaert (Gent): Adenomatöses Carcinom des Kehlkopfs und der Lungen.

B. demonstrirt den Kehlkopf und die Lungen eines Kranken, der schon auf dem Congress von 1911 vorgestellt worden war, und bei dem eine spontane Abstossung einer voluminösen Kehlkopfgeschwulst stattgefunden hatte. Die histologische Untersuchung erwies, dass es sich um ein Cylindrom handelte, einen Tumor, der lange Zeit für ein Endotheliom angesehen wurde, in der Tat aber ein adenomatöses Carcinom war. — Die Kranke starb im Beginn dieses Jahres in Folge von Lungenmetastasen. Die Lungen waren buchstäblich mit carcinomatösen Knötchen gespickt, deren histologische Untersuchung eine absolute Aehnlichkeit mit dem primären Kehlkopftumor ergaben.

Capart jr. (Brüssel): Angeborene Nasenfistel.

Es handelt sich um einen 19jährigen Jungen, der in der Mittellinie des



Nasenrückens ca. 2 cm unterhalb des unteren Randes des Nasenbeins eine Fistel trug. Mehrere Jahre zuvor war eine Operation ohne Erfolg vorgenommen worden. In der Nase sah man im Bereiche des Nasenbeins eine gewisse Verdickung. Die Absonderung hörte manchmal ein paar Tage lang auf; wahrscheinlich war eine Communication mit dem Naseninnern vorhanden. Die mit Erfolg vorgenommene Operation bestand in der möglichst tiefen Resection des Fistelgangs, der sich unter den Nasenbeinen hin erstreckte, und in der Drainage nach dem Naseninnern, indem man die äussere Wunde mit einer Hautnaht schloss.

Discussion:

Delsaux fragt, ob es nicht besser gewesen wäre, eine Massennaht anzulegen, ehe man die Hautnaht vornahm.

Ledoux möchte gerne eine embryologische Erklärung dieser Bildungen haben.

Capart antwortet, dass man die Reproduction dem seinigen analoger Fälle in dem Atlas von Gerber u. König — mit Anmerkungen versehen — fände. Nach ihm handelt es sich um geborstene Dermoidcysten.

K. Stella bestätigt diese Erklärung; er hat in Wirklichkeit seinerzeit eine angeborene Dermoidcyste auf der Nasenspitze eines 3jährigen Kindes entfernt. Wenn diese Cyste geplatzt wäre, so hätte man eine Fistel gesehen.

Trétrôp (Antwerpen): Vorbereitung zu Operationen und Hämorrhagie.

T. verbreitet sich über die Gefahren von Operationen in der Otorhinolaryngologie — dringende Fälle ausgenommen — bei entzündlichen Zuständen mit oder ohne Fieber. Der Blutverlust, welcher daraus resultire, brauche manchmal Monate, um sich zu repariren. — Die Vorbereitung zur Operation, dadurch, dass man die Entzündung zum Verschwinden bringe, beschleunige die Vernarbung und vermindere die unmittelbare Blutung bedeutend und beuge der Nachblutung und dem Operationshock vor. Diese Art des Vorgehens verbunden mit der Diagnose von Contraindicationen, Dyskrasien, Hämophilie, Scorbut u. s. w. setzt die Anzahl nothwendiger Eingriffe herab und gewährt das Maximum von Localheilungen mit Hebung statt Abschwächung des Allgemeinzustandes.

Discussion: Cheval verurtheilt die Vornahme von Operationen im Falle vorhandener Entzündung.

Broeckaert (Gent): Die Anästhesie des Ganglion Gasseri.

Basirend auf einer Serie von Versuchen am Cadaver giebt der Autor eine Kritik der verschiedenen Verfahren, welche den Zweck haben, das Ganglion Gasseri zu insensibilisiren, sei es durch Alkohol im Falle hartnäckiger Facialisneuralgie, sei es durch Cocain oder Novocain-Suprarenin, in der Absicht der Vornahme verschiedener Gesichtsoperationen. Der von Taptas adoptirte Weg entlang dem Jochbogenfortsatz, welcher sich kaum von dem von Levy und Baudouin für die Regionalanästhesie am Stamme des Unterkiefers gewählten unterscheidet, hat den grossen Nachtheil, an das Fov. orale in einer schrägen Linie zu führen, anstatt der grossen Achse entlang dahin zu gelangen, was ganz sicher die Verletzung des Sin. cavernos. und der Carotis verhindern würde. Das Vorgehen von Hertel hat diesen Nachtheil nicht und bildet ein Vorzugsverfahren.

Was die Verfahren auf intrabuccalem Wege anbelangt so müssen sie speciell für die Alkoholisation des Ganglion Gasseri reservirt werden. Den Verfahren von Ostwald und Offerhaus zieht der Autor ein von ihm geübtes, sehr leichtes Verfahren vor, welches sicher zum Ganglion Gasseri führt:

Die Nadel wird in der Höhe des zweiten oberen Backenzahns in die Schleimhaut der Mundhöhle, da, wo dieselbe den Alveolarfortsatz verlässt, um die innere Seite der Wange auszukleiden, eingestossen; ca. 4 cm tief stösst die Nadelspitze auf die obere Wand der Fossa zygomatica, ein wenig oberhalb des Foramen ovale, in welches man bequem nach einigen Tastversuchen eindringt. Die Kenntniss gewisser präciser Anhaltspunkte erleichtert ausserordentlich dieses Manöver.

Discussion:

Bemerkungen von Cheval, de Stella und Merckx; Heyninx fragt, ob der Alkohol sich nicht in das lockere Zellgewebe ergiessen und eine tödtliche Synkope durch directen Reiz des nahegelegenen Bulbus herbeiführen könnte?

Broeckaert antwortet auf die jeweiligen Bemerkungen.

De Stella: Die Section des Trigeminus hinter dem Ganglion Gasseri.

Gelegentlich eines Falles von Trigeminusneuralgie, die er zu behandeln hatte, und bei welcher er zweimal mit dem Ausreissen des Nerven und ein drittes Mal mit der Neurotomie hinter dem Ganglion eingegriffen, discutirt der Autor die Vorzüge und Nachtheile der verschiedenen gegen diese eminent hartnäckige Affection angepriesenen Methoden und Verfahren. Er verwirft das einfache Ausreissen, weil die Reparation des Nerven in dem von ihm mitgetheilten Falle zweimal statt hatte, demnach 2 Misserfolge! Andererseits findet er die Alkoholinjectionen in den Nervenstamm unstatthaft, weil diese Art des Vorgehens nicht ohne Gefahr sei. Diesem blinden Verfahren würde de Stella die Freilegung des Ganglion Gasseri durch Schädeltrepanation vorziehen und directe Alkoholinjection in das Ganglion selbst unter der Leitung des Auges. Aber das wäre noch eine langwierige, schwierige und complicirte Operation, die beinahe ebenso viele Nachtheile birgt, als die Gasserektomie. Letztere ist mehr und mehr von den Chirurgen der technischen Schwierigkeiten halber und wegen der üblen Zufälle, die dabei vorkommen, aufgegeben worden, hauptsächlich aber auf Grund der Mortalität, welche sie aufweist, und die nach den neuesten Statistiken 15 pCt. der Fälle ausmacht. Kurz, der Autor preist die retrogasserische Neurotomie an, weil die Section der protuberantiellen Wurzel des Trigeminus, gerade so, wie es van Gehuchten demonstrirt hat, eine sichere und vollständige Degenerescenz dieser Wurzel, die sich von den trophischen Centren abgetrennt findet, herbeiführt. Leichtigkeit der Ausführung, Fehlen von Blutungen und Operationshock, sehr grosse Seltenheit, ja beinahe absolutes Fehlen trophischer Störungen von Seite des Auges, vollständige und definitive Schmerzlosigkeit der einen Gesichtshälfte: das sind die undiscutirbaren Factoren der Ueberlegenheit der retrogasserischen Neurotomie über die Gasserektomie.

Discussion: Cheval fragt, ob sich nicht vielmehr die nach der Neurotomie fortbestehende Sensibilität durch das Factum erklären lasse, dass gewisse Faserbündel der Section entgangen wären?



Goris ist dieser Anschauung. Er hatte effectiv, als er vor 15 Monaten eine retrogasserische Section vornahm, den recht deutlichen Eindruck, nicht alle Fasern durchtrennt zu haben. Der Kranke hatte keine schmerzhaften Gefühle mehr, aber an gewissen Stellen blieb die tactile Impression fortbestehen.

Auf eine Anfrage Ledoux's antwortet Goris, dass er das de Beule'sche Verfahren angewandt habe.

Broeckaert erinnert daran, dass er diese Methode im Jahre 1909 vor der Gesellschaft demonstrirt habe. Er hat eine ähnliche Operation vorgenommen, welche der Kranke, befreit von seinen unerträglichen Schmerzen, leider nicht überlebte in Folge einer Herz- und Nierenaffection. Trotz alledem seien die Schwierigkeiten der Operation derartig, dass sie nur dann versuchsweise indicirt sei, wenn die Alkoholisation der Stämme oder des Ganglion Gasseri selbst, die leichter vorzunehmen ist, vollständig versagt hätten.

Sitzung vom 27. Juli 1913.

Referate: Die Behandlung der Kehlkopftuberculose; Ledoux und Parmentier, Berichterstatter.

Es giebt in der antituberculösen Therapie, ganz wie bei der der Infectionskrankheiten im Allgemeinen, nur zwei Seiten zu berücksichtigen in Bezug auf die Hülfe, welche man dem kranken Organismus in dem Kampfe mit der Krankheit leisten kann: entweder den Krankheitserreger abschwächen oder die Vertheidigung organisiren und unterstützen.

I. Die Offensive: Der Angriff ist, was die Kehlkopftuberculose betrifft, nur unter der Form innerer Antisepsis und einer topischen Behandlung zu verstehen.

A. Die innere Antisepsis bietet der Ausführung bedeutende Schwierigkeiten. Die in vitro baktericiden Substanzen sind, eingeführt in den kranken Organismus, zu sehr verdünnt, um sich wirksam erweisen oder zu concentrirt, um keinen Schaden stiften zu können. Man kann den Tag übrigens voraussehen, wo die pharmakologischen Entdeckungen uns gestatten werden, eine ebenso wirksame Chemotherapie zu realisiren, als die, welche wir gegen die Syphilis besitzen.

B. Topische Behandlung: Zwischen dem Enthusiasmus der chirurgischen Behandlung Heryng's und dem Nihilismus der Localbehandlung gewisser Autoren scheint es nur noch einen Platz für eine rationelle Localbehandlung zu geben, die sich auf die exacte Kenntniss jeden Falles im Besonderen stützt, sowohl vom Gesichtspunkt der Localerscheinungen, als dem der localen Reactionen des Organismus aus.

II. Die Defensive: Die andere Art, das Problem ins Auge zu fassen, besteht darin, die natürlichen Vertheidigungsmittel des Organismus zu provociren oder zu stärken. Ehe sich die Autoren aber an diese Frage machen, halten sie es für nützlich, die pathogenen tuberculösen Processe im Lichte der neuen Ergebnisse der Bakteriologie zu studiren, und zu sehen, was die klinische Beobachtung und die Nachforschungen im Laboratorium uns als definitive, von dem befallenen Organismus ins Werk gesetzte Mittel angeben.

A. Tuberculöse pathogene Processe: Die Tuberculose ist eine meist chronische toxisch-infectiöse Krankheit, die sich aber unter der acuten septikämischen



Form (Bacillose Landouzy) zeigen kann. Sie bewirkt ziemlich verschiedenartige makroskopische Läsionen, die aber immer gleicher Zusammensetzung sind: sie resultiren aus dem Zusammenfliessen elementärer Läsionen, welche man tuberculöse Follikel (Tuberkelknötchen) nennt. Die Follikel (Knötchen), wenn sie einmal gebildet sind, führen zu Caseification oder Sklerose. Die Nachforschungen von Auclair haben gezeigt, dass das, was die Bildung des Follikels veranlasst, adhärirende Mikrobengifte sind. Unter diesen muss man das Aetherobacillin und das Chloroformbacillin unterscheiden; das Erstere veranlasse die Bildung von Läsionen mit Entwicklung zur Caseification, das zweite solche mit fibröser Entartung.

Diese Substanzen besässen kein allgemein-pathogenes Vermögen und bedingten auch keine anaphylaktischen Erscheinungen. Neben diesen adhärenten und unlöslichen Giften existiren noch andere Substanzen, wovon die hauptsächlichste das Tuberculin ist: ein lösliches Gift von allgemein-toxischer Wirkung, Erscheinungen hervorrufend, die man mit der Anaphylaxie in Verbindung bringen zu können glaubt, und zwar wurden die Eigenschaften des Tuberculins durch die Injectionen bei Meerschweinchen festgestellt. Die Injection äussert sich durch eine allgemeine Reaction, eine Herdreaction und eine Localreaction. Die Allgemeinreaction kommt nur bei tuberculösen Meerschweinchen zustande, und zwar bei ganz schwachen Dosen. Das gesunde Meerschweinchen erträgt, wie der gesunde Mensch, ohne zu reagiren, sehr starke Dosen. Die Herdreaction zeigt sich um den Herd herum und nicht im Herd, denn das Centrum des Herdes ist gefässlos. Die Localreaction ist ziemlich unbeständig. Kurz zusammengefasst:

1. Der Bacillus veranlasst an der Inoculationsstelle locale Läsionen, hervorgerufen durch die adhärenten Gifte. Sie sind es, welche die Bildung des Knötchens veranlassen, das zur Verkäsung und Sklerose führt.

2. Der Bacillus wirkt durch diese diffusiblen Gifte und erzeugt allgemeine Intoxications- und Congestionserscheinungen um die Herde herum.

B. Defensivvorgänge im Organismus.

1. Beobachtete Thatsachen: a) Jeder Erwachsene zeigt oder hat tuberculöse Herde gezeigt (Naegeli und Burckhardt), und nur $^1/_7$ der Menschheit erliegt der Tuberculose. b) Die Individuen, welche von tuberculosefreien Gegenden herkommen, werden häufig von schweren Formen von Tuberculose befallen, wenn sie in die dichtbevölkerten Centren auswandern. c) Das Laboratoriumspersonal, das die tuberculösen Producte handhabt, wird selten inficirt. d) Die Drüsentuberculose des Kindesalters immunisirt gegen schwere Lungeninfectionen. e) Die Träger von tuberculösen Gelenksentzündungen und anderer Osteitiden sind nicht zu Lungentuberculose veranlagt. f) Es giebt relativ wenig Kehlkopftuberculose unter den Lungentuberculösen.

2. Die Forschungen im Laboratorium erweisen, dass sich bei günstig verlaufenden Tuberculosen immunisirende Substanzen entwickeln. a) Die Methode von Wright hat nachgewiesen, dass im Blute von Tuberculösen sich opsonische Substanzen entwickeln, welche die Phagocytose des Koch'schen Bacillus begünstigen. b) Metschnikoff ist durch eine ganz andere Methode zu den gleichen Resultaten gelangt. c) Die Methode der Deviation des Complements (Bordet und Gengou) gestattet, im Serum Tuberculöser Substanzen aufzufinden,

welche das Complement in Gegenwart einer bacillären Emulsion oder vermittelst Tuberculins ablenken. d) Mit der Methode der Agglutination ist es Arloing und Courmont gelungen, im Serum Tuberculöser Substanzen zu entdecken, welche den Bacillus tubercul. agglutiniren. Aus diesen Ergebnissen der Beobachtung und der Forschungen im Laboratorien kann man den Schluss ziehen, dass bei den tuberculösen Individuen natürliche Immunisationsvorgänge existiren, welche auf die Entwicklung und Instandsetzung eines complicirten Mechanismus antagonistischer Acte, wahrscheinlich chemischer Art hinzielen. e) Mittel, um die Defensivprocesse des Organismus zu erhöhen. Der Organismus vertheidigt sich auf verschiedene Weise, und seine Vertheidigungsmittel sind stufenweise angeordnet. Es entwickeln sich in den Säften des Organismus specielle Substanzen, Antikörper genannt, und specielle phagocytäre Eigenschaften.

1. Die Entwicklung dieser Substanzen und ihrer Eigenschaften ist Function der allgemeinen Vitalität des Organismus, und so rechtfertigen sich Methoden der Allgemeinbehandlung, welche den Zweck verfolgen, diese Vitalität zu erhöhen (Luftcur, Ruhe, Uebererernährung, Hydrotherapie, remineralisirende, tonisirende, stimulirende Behandlung etc.).

2. Die Entdeckung des Koch'schen Bacillus hatte hoffen lassen, dass man dazu kommen könnte, dem befallenen Organismus Defensivsubstanzen zuzuführen, die von einem Thiere ausgearbeitet werden, dem man den Bacillus und von ihm abstammende Substanzen eingespritzt hatte (passive Immunisation). Leider ist man nur dahin gelangt, bei einem gesunden Thiere eine relative Immunisation hervorzubringen. Unter diesen Umständen versteht man, dass die Serotherapie noch nicht gerechtfertigt ist, besonders wenn man bedenkt, dass neben den anaphylaktischen Erscheinungen, welche sich für die durch das Serum übertragenen Antikörper geltend machen, noch gleichzeitig andere gleichartige Phänomene infolge der heterogenen Albumine des Serums des Thiers auftreten. Man bemüht sich übrigens, geeignete Mittel aufzufinden, um diese anaphylaktischen Erscheinungen zu vermeiden.

3. Die Tuberculintherapie. Zwei Thatsachen bilden die Basis der Interpretation der Erscheinungen der activen Immunisation vermittelst des Tuberculins. Erste Thatsache (Koch'sches Phänomen): Wenn man einem Meerschweinchen eine Reihe subcutaner Inoculationen mit derselben Quantität tuberculöser Bacillen macht, sind, je mehr man sich von der ersten Inoculation entfernt, die Localerscheinungen um so bedeutender sowohl an Intensität als an Frühzeitigkeit des Eintretens. Diese Reactionsphänomene auf das Tuberculin sind nach Richet Erscheinungen der Anaphylaxie (Antiimmunität), und die active Immunität müsste trotz der Anaphylaxie statthaben, d. h. der Zweck der Tuberculintherapie wäre der, die Bildung von Antikörper zu erstreben, während man gleichzeitig die Entwicklung von anaphylaktischen Erscheinungen verhindere. Die Hypersensibilität einer neuen Infection gegenüber ist derartig, dass sie Reactionsvorgänge auslöst, die genügend ausgesprochen sind, um diese neue Infection im Keime zu ersticken.

Im zweiten Theil ihres Referates beschreiben Parmentier und Ledoux die verschiedenen Formen von Localbehandlung und deren Resultate.

1. Hygiene: Durchgängigkeit der Nasenhöhlen; Leben unter guten hygienischen Bedingungen; Schweigecur etc.

2. Physikalische Mittel: Lichtradiationen: natürliche Heliotherapie,

künstliche Phototherapie, Wärmeausstrahlungen, Galvanocaustik, heisse Luft, Röntgenstrahlen, Radiumemanationen.

3. Chemische Mittel: Gurgelwässer, Inhalationen, medicamentöse Einblasungen, Bepinselungen, Trachealinjectionen.

4. Chirurgie: intralaryngeale: submucöse Injectionen, Auskratzen, Ausschneiden; extralaryngeale: a) Tracheotomie: palliative, um einer drohenden Asphyxie vorzubeugen; curative, mit dem Zweck, das Organ zu immobilisiren; b) Intubation: ohne Vortheil und nur für subglottische Läsionen geeignet; c) Thyrotomie (Laryngotomie, Laryngofissur): Behandlung der Stenosen, der Perichondritiden, mit begrenzten Kehlkopfläsionen und wenig ausgedehnten Lungenläsionen; d) Laryngektomie: im Allgemeinen verworfen; e) Pharyngotomia subhyoidea.

5. Alkoholinjection im Niveau des N. laryng. sup. anästhetisch und umstimmend wirkend.

6. Resection des Laryng. sup.

Discussion: Broeckaert rühmt die brillanten Resultate der Epiglottektomie vermittelst der Guillotine in gewissen Fällen. Er bestätigt die von Parmentier bei der Anästhesie der Nn. laryng. mit Alkoholinjectionen erzielten guten Resultate.

Saint Clair-Thomson glaubt, dass die Heilungen von Tuberculose weniger selten werden. Er hat einen Kranken mit bacillärem Auswurf, Ulceration eines Stimmbandes und Infiltration eines Aryknorpels längere Zeit beobachtet. Die „Schweigecur“ in einem Sanatorium hat ihn geheilt. Dieser Kranke, für den er sich sehr interessirte, ist seit 10 Jahren geheilt.

Gewisse Kranke heilen ohne Behandlung nach einer Seereise.

Der Galvanocauter leistet manchmal gute Dienste, aber die Behandlung in den Spitalabtheilungen ist weniger günstig.

Van den Calseyde schreibt Broeckaert die Ehre zu, die Laryngostomie behufs Behandlung des Kehlkopflupus mit Radium zuerst empfohlen zu haben.

Ferreri hat diese Methode angewandt für eine subglottische Infiltration von nicht definirtem Charakter.

Van den Calseyde bedauert, dass man in dem Referate nicht die Laryngostomie von der Laryngofissur unterschieden habe; er führt alle Fälle von Laryngostomie wegen Tuberculose an, die ihm zur Kenntniss gekommen, und präcisirt die Indication dieser Methode.

Krankenvorstellung:

Ledoux (Brüssel): Ein Fall von Schmidt'schem Syndrom (Paralysis palato-laryngea) associirt mit einem paralytischen Torticollis.

Discussion: Broeckaert wagt es nicht, eine Läsion der Bulbär- und Medullarkerne oder der Spinal- oder Vagospinalwurzeln auszuschliessen.

Ledoux meint, dass es die Schädelfractur sei, der man die im Niveau des Foramen lacerum port. sitzende Läsion zuzuschreiben habe.

Ledoux: Ein Fall von Paralyse beider Abductoren centralen Ursprungs ohne Paralyse der Adductoren.

Discussion: Broeckaert bemerkt, dass eher eine vollständige Lähmung des rechten Stimmbandes und eine Parese des linken vorliege, worauf Ledoux antwortet, dass in der Ruhe die Glottisspalte die Form eines gleichschenkligen

Dreiecks habe; die Aryknorpel ritten nicht aufeinander; ferner öffneten sich bei der Inspiration die Stimmbänder nicht, während bei der Phonation ein vollständiges Annähern der Stimmbänder stattfände.

Uebrigens sei der Patient ein „bulbärer“ und nichts spreche zu Gunsten eines peripheren Ursprungs.

Van den Calseyde (Brügge): Laryngostomie bei Kehlkopflupus.

Der Autor demonstrirt den Kranken, welchen er letzten Februar, während er in Behandlung stand, vorgestellt hatte. Die Athmung ist normal und die Stimme sehr verständlich. Es ist das wahrscheinlich der erste Fall von Heilung des Kehlkopflupus mit dieser Methode.

Capart jr. (Brüssel): Vorstellung eines wegen Epithelioms laryngektomirten, seit $9^1/_2$ Jahren geheilten Kranken.

Es handelt sich um einen 60jährigen Mann, der am 12. Januar 1904 an einem sehr voluminösen Tumor des Kehlkopfinnern operirt worden war. Verschiedene mikroskopische Untersuchungen bestätigten die bösartige Natur der Neubildung; der Operirte ist schon auf der Versammlung von 1904 der Gesellschaft vorgestellt worden. Seine Pseudostimme ist leicht verständlich und der in bescheidenen Verhältnissen lebende Mann führt noch schwere Arbeit aus.

Discussion: St. Clair-Thomson gratulirt dem Autor zu seinem Erfolg, der doch selten vorkomme. Die Laryngektomie war ganz und gar angezeigt, aber er wäre dafür, dass man immer die Laryngofissur zunächst vornehme. Manchmal seien die Läsionen umschrieben und da brauche man den Kehlkopf nicht ganz zu entfernen; ein ander Mal sei die Neubildung so ausgedehnt, dass man besser daran thäte, von seiner Entfernung abzustehen. Wenn sich alle Kranken gleich von Anfang behandeln liessen, würde man mit der Laryngofissur 80 pCt. dauernder Heilungen erzielen.

Delsaux (Brüssel): Einige Fälle von Eiterung der Nasennebenhöhlen geheilt auf endonasalem Wege.

Zu Beginn des Jahres hat der Autor in der Presse otolaryngol. belge zwei Fälle von schwerer acuter, durch endonasale Behandlung geheilter Sinusitis frontalis veröffentlicht. Heute stellt er seinen Collegen eine Reihe auf die gleiche Weise von verschiedenen acuten oder subacuten Eiterungen der Nasennebenhöhlen geheilten Kranken vor:

1. eine subacute linksseitige, durch ein paar Ausspülungen geheilte Sinusitis maxillaris;

2. eine acute Sphenoiditis geheilt mit den gewöhnlichen Desinfectionsmitteln und der Nasendouche im Verein mit einer allgemeinen ableitenden Behandlung; Dauer der Behandlung eine Woche;

3. eine rechtsseitige subacute Frontomaxillarsinusitis, die innerhalb 8 Tagen bedeutend gebessert und ungefähr in einem Monat vollständig geheilt war ohne jedweden chirurgischen, ja nicht einmal endonasalen Eingriff;

4. eine acute Stirnhöhlenentzündung mit Eiterretention, Senkung des entsprechenden Augenlides, Anschwellung am inneren oberen Orbitalwinkel, Diplopie etc.; dieselbe wurde innerhalb von 14 Tagen zur Heilung gebracht durch die einfache Application von Adrenalin, Cocain und Brommentholsalbe;

5. eine subacute Frontomaxillarsinusitis, geheilt in ca. 20 Tagen durch eine einfache Endonasalbehandlung; die Heilung wurde mit der Durchleuchtung und Kieferpunction controlirt;

6. eine acute Stirnhöhlenentzündung, geheilt in einigen Tagen mit der classischen Behandlung.

7. eine subacute Frontomaxillarsinusitis, welche sehr rasch durch die endonasale Behandlung gebessert und nach Extraction eines Backenzahns mit zwei nachfolgenden Sinusausspülungen geheilt ward.

Discussion:

Trétrôp erinnert an analoge Heilungen, welche in früheren Versammlungen der Gesellschaft besprochen wurden.

Bezüglich zweier Fälle von Neuritis optica in Begleitung von Siebbeinentzündung, die er gegenwärtig in Behandlung habe, möchte er wissen, in welchem Augenblick die Intervention noch Aussicht auf Rettung des Sehvermögens gäbe?

Nach Beco ist vor allem erforderlich, sich zu überzeugen, ob kein Eiter vom Sinus sphenoidalis herkommt und diesbezüglich dürfe man nicht zögern, einen Theil von der mittleren Muschel wegzunehmen.

Delneuville erinnert an einen Fall von Retrobulbärneuritis, den er seinerzeit mitgetheilt hat und bei welchem die Sehschärfe durch eine rein medicinische Behandlung wieder vollständig normal wurde. In solchen Fällen soll man sich nicht mit operativen Eingriffen beeilen.

Buys (Brüssel): Ein Fall von Kieferresection mit sofortiger Prothese.

Discussion: Goris befürchtet, dass der Apparat einen Reiz ausübe und eine Infection und Recidive herbeiführen würde. B. entgegnet ihm, dass bei seinem Kranken die Prothese unvermeidlich gewesen ist. Das Ersatzstück, welches ganz glatt und immer gut unterhalten gewesen, habe keine Infiltration hervorgebracht; der Knochen bilde sich bereits wieder.

Schepens (Roulus): Fibrosarcoma subhyoidea operirt, recidivirt und geheilt mit dem Antimeristem von Schmidt.

Die Operation war sehr ausgiebig von Lauwers vorgenommen worden; das Recidiv liess jedoch nicht auf sich warten. 90 Einspritzungen nach der Methode von O. Schmidt führten nach und nach eine Heilung herbei, welche schon über 10 Monate anhält.

Marbaix (Tournai): Betrachtungen über 50 Fälle von Amygdalektomie.

Die Amygdalektomie ist eine Operation, die man ungerechterweise in Misskredit gebracht habe. Unter Localanästhesie mit Novocainadrenalin löst man mit Hilfe der stumpfen Bogenscheere den oberen Pol von den Gaumenbögen los, trennt sodann die Kapsel der Mandel vom oberen Constrictor pharyngis los und durchschneidet schliesslich den Hilus langsam mit einer darumgelegten Schlinge. Autor versichert, bei dieser Operationsweise sehr wenig Hämorrhagien gehabt zu haben. Er gibt an, was man im Falle einer schweren Nachblutung zu tun und zu meiden habe. Er ist der Ansicht, den Rath Luc's zu befolgen und ohne zu zögern die



Gaumenbögen zu vernähen. Doch müsste man darauf eingeübt sein und immer die nöthigen Instrumente zur Hand haben. Bei 100 Mandelabtragungen habe er ein einziges Mal die Naht der Gaumenbögen vornehmen müssen, sonst hatte er keinen anderen Zufall; nie hat M. eine Alteration der Stimme nach der Amygdalektomie constatiren können.

Beco (Lüttich): Ein Fall von Nasenverstopfung durch „Leontiasis ossea" (diffuse Oberkieferhypotrophie).

Interessante Beobachtung bei einem 15jährigen Mädchen ohne irgend welche persönliche, noch hereditäre pathologische Antecedentien, die B. wegen Nasenverstopfung consultirte. Zu seinem grossen Erstaunen konnte B. die von ihm unternommene Turbinektomie nicht ausführen wegen Eburnation des Knochens. Eine Radiographie gab die Erklärung dafür: die Knochensklerose erstreckte sich auf die Gesammtoberkiefer und die Muscheln. B. citirt der Reihe nach die über den Gegenstand veröffentlichten Fälle, giebt davon bezüglich der Aetiologie eine scharfsinnige Auseinandersetzung, indem er die Leontiasis ossea in Beziehung bringt zu der „Gundu", der man in den Tropen begegnet. — Auf seine Kranke zurückkommend erzählt B., was er für die Herstellung der Nasenpermeabilität getan, und von dem wenigstens zeitweisen glücklichen Resultat, das er dabei erzielt hat. Das junge Mädchen war schon operirt, als B. Kunde von einer Arbeit von B. Fränkel erhielt, in welcher dieser angiebt, ein nennenswerthes Resultat in einem derartigen Fall mit der antisyphilitischen Behandlung erzielt zu haben. Beco liess nun den Wassermann machen, der positiv ausfiel. Ueber den Fall will er nächstens weiter berichten.

Ledoux (Brüssel): Schwere Convulsionen im Verlaufe einer chronischen Sinusitis frontalis.

Bei einer emphysematösen Frau mit sehr schlechtem Allgemeinzustand traten alle Viertelstunden Anfälle von Convulsionen auf; bei der Operation fand L. eine Dehiscenz der hinteren Wand der Stirnhöhlen. Die Reizung der Frontalmeningen war es, die zweifellos die Convulsionen verursachte, denn in der Folge wurde, obgleich die Asthmaanfälle, begleitet von einer spärlichen Urinabsonderung anhielten, kein Anfall von Convulsionen mehr beobachtet.

Bar (Nizza): Betrachtungen über die galvanocaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Die anatomischen und histologischen Beweise für die Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose haben zur Anwendung chirurgischer Methoden Veranlassung gegeben zu dem Zwecke, die Heilung einer Affection zu beschleunigen oder hervorzurufen, von der man wusste, dass sie so spontan heilbar sei.

Die blutige Behandlung mit der Curette (Heryng) und die galvanocaustische Behandlung (Voltolini, Grünwald, Gougenheim, Mermod etc.) haben die Anhänger dieser rationellen Chirurgie geübt; manche davon haben sogar ein gemischtes eklektisches Verfahren der einen und anderen Methode entlehnt. Die Gefahren der Hämorrhagie und die der Reinfection und Generalisation, die man den blutigen Verfahren mit Recht oder Unrecht zur Last gelegt hat, haben die Adoption des Verfahrens mit elektrischen Cauterisationen erleichtert, ein Verfahren,

dem übrigens die Statistiken eine günstige Stütze lieferten. Trotz der unangenehmen ödematösen Entzündungsreactionen, welche man ihm vorwirft, und die man um so leichter umgeht, je tiefer man die Cauterisationen vornimmt, so dass sie einer förmlichen Verkohlung der betreffenden Region gleichkommen, ist es ein empfehlenswerthes Verfahren hauptsächlich bei fieberhaften Formen von Kehlkopfphthise und bei gewissen Fällen von Dysphagie derselben Natur. Verschiedene vom Autor mit Hülfe dieser galvanocaustischen Methode ausgeführte Versuche sind von aufmunternden Erfolgen begleitet gewesen.

Discussion: Rosseaux (Brüssel) glaubt einer gewissen Anzahl von Kehlkopftuberculosen begegnet zu sein ohne Lungenläsionen; die Autopsie bestätigt das Vorkommen von primitiven Laryngitiden.

Broeckaert (Gent): Behandlung der Affectionen der Respirationswege mit der Kaltluftdouche mit oder ohne Beimengung wirksamer Stoffe.

B. zeigt einen Satz von Canülen vor, vermittelst deren er die Aerothermotherapie bei den verschiedenen Affectionen der Luftwege verwendet. Bei der Laryngitis tuberculosa mit Wucherungen hat ihm die heisse Luft, gemischt mit medicamentösen Douchen ermuthigende Resultate ergeben. Er giebt eine Erklärung der Technik der heissen, mit verschiedenen activen Stoffen, wie Gomenol, Chloreton inhal. etc. vermengten Luftdouche. Diese Methode hat ihm grosse Dienste geleistet und wird von den Kranken sehr geschätzt; bei vielen Affectionen schien sie ihm den Inhalationen und Pulverisationen überlegen.

Discussion: Pugnat (Genf) macht darauf aufmerksam, dass er sehr gute Resultate bei der Behandlung der Taubheit mit Heissluftinsufflationen in den Gehörgang erzielt habe.

Bayer.

IV. Briefkasten.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Abermals hat das Berliner Comité durch den Tod seines hochgeschätzten Mitgliedes Heinrich Grabower einen schweren Verlust erlitten. Sein Lebenswerk ist an der Spitze dieser Nummer eingehend gewürdigt worden. Was er unserer gemeinschaftlichen Arbeit bedeutete, lässt sich nur schwer in Worten ausdrücken.

Seinem ausführlich begründeten Gutachten war es seiner Zeit in erster Linie zu verdanken, dass der Antrag, eine Ozaena-Sammelforschung in die Wege zu leiten, vom Vorstand des III. Internationalen Congresses zur Discussion gestellt wurde. Unsere Aufgaben hatten sein wissenschaftliches Interesse von Anfang an auf das Lebhafteste in Anspruch genommen. Bis kurz vor seinem Tode betheiligte er sich, soweit es Zeit und Körperkräfte gestatteten, sowohl an den umfangreichen Schuluntersuchungen, als auch ganz besonders an unseren poliklinischen Sprechstunden. So manchen klugen Rath, manch' nützlichen Wink haben wir seiner praktischen Erfahrung zu verdanken. Sein emsiger Fleiss und seine streng wissenschaftliche Arbeitsweise sind uns stets vorbildlich gewesen.

Durch keinen Misserfolg zu entmuthigen, verstand er es, in uns das Vertrauen zu dem Erfolg unserer Arbeiten zu befestigen. Seiner glänzenden Rednergabe hatten wir die Vertretung unserer Resultate auf dem nächsten internationalen

Congresse zugedacht. Die Jahre, während derer wir den Vorzug genossen, an seiner Seite arbeiten zu dürfen, werden uns stets unvergesslich bleiben.

* * *

Da die organisatorischen Arbeiten beendet sind und es sich im Wesentlichen nur noch um die Sammlung der Resultate handelt, haben die Unterzeichneten beschlossen, auf eine Ersatzwahl zu verzichten.

Berlin, den 1. März 1914. Alexander. Hempel.

Aufruf zur Gründung einer Oesterreichischen Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Auf Anregung von Professor Dr. L. Réthi (Wien) hat eine Reihe von experimentellen Phonetikern beschlossen, eine Oesterreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik zu gründen. Interessenten werden gebeten, sich an Prof. Dr. L. Réthi, Wien IX, Garnisonsgasse 7, zu wenden.

Erster Internationaler Congress für experimentelle Phonetik in Hamburg, 19. bis 22. April.

Vorläufige Tagesordnung.

Sonntag, den 19. April. 5 Uhr Nachmittags: Geschäftssitzung. Von 6 Uhr Abends ab im Vorlesungsgebäude Entgegennahme der Theilnehmer- und Zusatzkarten, Gutscheinhefte usw. 8 Uhr Abends: Begrüssungsabend im Curiohaus.

Montag, den 20. April. Vormittags 10 Uhr: Eröffnungssitzung im Vorlesungsgebäude. 1. Eröffnungsrede des I. Vorsitzenden des Congresses. Begrüssungen. 2. Vorträge, Demonstrationen und Berichte. Nachmittags 1 Uhr: Gemeinschaftliches Frühstück im Curiohaus. 3 Uhr: Besichtigung des Phonetischen Laboratoriums. Demonstrationen und Vorführungen. Abends 8 Uhr: Officielles Festmahl.

Dienstag, den 21. April. Vormittags 9 Uhr: Vorträge, Demonstrationen und Berichte. Nachmittags 1 Uhr: Besichtigung eines Dampfers der Woermann-Linie mit Frühstück an Bord. 4 Uhr: Nach Wahl, Fahrt durch den Hafen, Besuch und Führungen im Hagenbeck'schen Thierpark, in Krankenhäusern, im Zoologischen Garten usw. Abends: Unbestimmt.

Mittwoch, den 22. April. Vormittags 9 Uhr: Vorträge, Demonstrationen und Berichte. 11 Uhr: Erste Sitzung der Internationalen Gesellschaft für experimentelle Phonetik. Nachmittags 1 Uhr: Gemeinschaftliches Frühstück im Curiohaus. 3 Uhr: Letzte Sitzung und Schluss des Congresses. Abends 8 Uhr: Zwangloses Beisammensein.

Anmeldungen zur Theilnahme an dem Congress sind bis spätestens zum 1. April an die Geschäftsstelle des I. Internationalen Congresses für experimentelle Phonetik, Hamburg 36, Phonetisches Laboratorium, zu senden.

Personalnachrichten.

Dr. Theodor Heryng wurde zum Ehrenpräsidenten der Warschauer Oto-Laryngologischen Gesellschaft gewählt. Der übrige Vorstand besteht aus den Herren Srebny (Vorsitzender), Lubliner (stellvertr. Vorsitzender), **Moczulski** (Schriftführer), Sinolencki (Bibliothekar).

Prof. Walb in Bonn ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, April. 1914. No. 4.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) L. Mahler. **Die internationale Ozaenaforschung. (Den internationale Ozaenaundersögelse.)** *Tidsskrift for dansk skolehygiejne. No. 1. 1914.*

Artikel über den gegenwärtigen Stand der Ozaenasammelforschung in Dänemark.

E. SCHMIEGELOW.

2) D. Dörner (Budapest). **Statistik der Hals- und Nasenklinik der königlich ungarischen Universität in Budapest in den Jahren 1910—12.** *Orvosi hetilap. No. 33. 1913.*

Der Statistik ist eine Beschreibung der interessanten Fälle angeschlossen.

POLYAK.

3) Desiderius Dörner. **Kasuistik des Krankenmaterials der königlich ungarischen rhino-laryngologischen Universitätsklinik in den Jahren 1910—1912. Nebst Beobachtung der interessanten Fälle.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Die Arbeit enthält viel Interessantes, eignet sich jedoch nicht zum Referat.

W. SOBERNHEIM.

4) Tommaso Mancioli. **Versuch mit einem oto-rhino-laryngologischen Untersuchungsdienst bei den Gemeindeschulen Roms. (Esperimento di un servizio oto-rino-laringologico nelle scuole comunali di Roma.)** *Atti della clinica otorino-laringoiatr. di Roma. Anno X. 1913.*

Verf. hat 1000 Kinder untersucht, 800 davon waren Gemeindeschüler, 200 aus Privatschulen. Seine Untersuchungen erstreckten sich hauptsächlich auf das Ohr. Er schätzt die Zahl derjenigen Kinder, die schwerhörig sind und durch geeignete Behandlung geheilt resp. gebessert werden könnten, nebst denjenigen, deren Gehör zwar normal, aber durch Affectionen des Nasenrachens bedroht ist



auf 60 pCt. aller Schulinsassen. Verf. fordert eine ständige otiatrische Ueberwachung der Schulkinder. Er macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass auch die in den jetzt in Rom nach deutschem Muster eingerichteten „Waldschulen" untergebrachten Kinder erst dann von dem Aufenthalt in freier Luft den richtigen Nutzen haben werden, wenn durch Beseitigung der Adenoiden ihre Nasenathmung freigemacht wird.

CALAMIDA.

5) **Hölscher. Die Bedeutung der Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohrs für die Militärdiensttauglichkeit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1913.*

Verf. weist ausdrücklich auf die Wichtigkeit unbehinderter Nasenathmung für den Soldaten hin. Es muss deshalb dafür gesorgt werden, dass vorhandene Hindernisse rechtzeitig erkannt und beseitigt werden. Deshalb soll der Sanitätsofficier eine gründliche Kenntniss der Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege erwerben. Bemerkungen über die militärärztliche Beurtheilung der einzelnen Erkrankungen nach der Dienstanweisung.

ZARNIKO.

6) **L. Morel. Der auf die Thymus zu beziehende Symptomencomplex. (Syndromes thymiques.)** *Paris médical. No. 7. 1914.*

Es scheint, dass die experimentelle Unterdrückung der Thymus, wenn sie thatsächlich total ist und unmittelbar nach der Geburt des Thieres ausgeführt wird, beständig zur Cachexia thymipriva führt, deren Hauptsymptome eine typische Idiotie ist. Am Menschen sind einige solcher Fälle congenitaler Natur bekannt geworden, wobei jedoch die Thymus nicht ganz fehlte, sondern nur hypoplasirt war. Gewöhnlich traten auch Störungen im Knochenwachsthum auf. Häufiger begegnet man den Thymuszufällen in Folge von Hypertrophie der Thymus. Es kommt hierbei gewöhnlich zu asphyktischen Störungen, die die bekanntesten sind und dadurch entstehen, dass im „kritischen Raum von Grawitz" es zu einer Compression der Trachea oder des Larynx kommt. Seltener hat man es mit synkopalen Zufällen zu thun, offenbar in Folge von Compression des Vagus. Sowohl die Sectionen als auch die Operationen, tracheoskopischen und Röntgenuntersuchungen haben hierüber Klarheit verschafft. Was heute so wenig klar ist wie am Tage als ihn Paltauf beschrieben hat, ist endlich der Status thymicus, der ohne Ursache zum Tode führt. Es sind nach Morel bisher 200 Fälle in der Literatur von Tod in Folge von Status thymicus bekannt. Morel glaubt an eine endocrine Wirkung unter der Form einer acuten Hyperthymisation, die zum Exitus führt. Endlich sind in letzter Zeit innige Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Hypertrophie der Thymus festgestellt worden, jedoch ist noch grösseres Material zur Klärung dieser Frage nöthig.

LAUTMANN.

7) **Péchère** (Brüssel). **Ein Fall von Thymushypertrophie. (Un cas de hypertrophie du thymus.)** *La Policlinique. August 1912.*

13 Monate altes Kind mit leichten inspiratorischen Einziehungen. Die Röntgenuntersuchung ergiebt eine Thymushypertrophie. Es wurde vollkommene Heilung dadurch erzielt, dass einmal wöchentlich vier Monate lang Radium angewandt wurde.

PARMENTIER.

8) **Karl Kolb. Gelingt es mittelst der Abderhalden'schen Fermentreaction den Nachweis eines persistirenden oder hyperplastischen Thymus zu führen?** Aus der chirurg. Klinik der Universität Heidelberg (Director: Prof. Dr. M. Wilms). *Münchener med. Wochenschr. No. 30. 1913.*

Autor fasst seine Untersuchungsresultate in folgenden Sätzen zusammen: „Durch die Abderhalden'sche Fermentreaction kann der normale und persistirende Thymus nicht nachgewiesen werden. Bei Trägern einer Thymushyperplasie (also bei Basedowkranken) fällt die Ninhydrinprobe auf Thymusabbau auffallend stark aus; bei endemischen Kropfträgern lässt sich in einigen Fällen eine eben erkennbare positive Reaction nachweisen, die von der intensiven Verfärbung des Dialysats bei Basedowkranken leicht zu unterscheiden ist." Autor weist des Ferneren auf die Zweckmässigkeit entsprechender Untersuchungen bei Kindern mit Status thymolymphaticus, sowie bei Patienten mit Thymusneubildungen hin. Auch wäre es nöthig zu untersuchen, wie sich das Abbauvermögen des Serums gegenüber Thymusgewebe vor und nach der Thymektomie verhält. HECHT.

9) **Landesberg** (Wien). **Der Status thymico-lymphaticus und die Kehldeckelform.** *Med. Klinik. No. 38, 39. 1913.*

Die juvenile Kehldeckelform wird als ein werthvoller klinischer Behelf des Lymphatismus erklärt. Sie habe einen gewissen prognostischen Werth bei Tuberculose, weil sie auf einen gleichzeitig bestehenden Lymphatismus hinweist, bei welchem der Verlauf des Lungenleidens in vielen Fällen günstig ist. SEIFERT.

10) **A. Jouty. Thymushypertrophie bei $2^1/_2$ jährigem Kind. Tracheotemie. Thymektomie. Eitrige Mediastinitis. Heilung. (Hypertrophie du thymus chez un enfant de $2^1/_2$ ans. Trachéotomie. Thymectomie. Médiastinite suppurée. Guérison.)** *Annales maladies de l'oreille etc. No. 7. 1913.*

Die Krankengeschichte ist im Titel resümirt. Dem Autor liegt aber hauptsächlich daran, zu beweisen, dass die Dyspnoe bei Thymushypertrophie Anfangs durch Druck auf die Recurrens bedingt ist. Der Autor sah nämlich bei der Laryngoskopie mit dem Killian'schen Spatel eine „Contraction der Constrictoren und Spanner (une contraction des muscles constricteurs et tenseurs des cordes vocales) der Stimmbänder", was er auf Compression des Recurrens zurückführt. Der intermittirende Charakter der Dyspnoe erklärt sich durch den wechselnden Füllungszustand des Thymus, der am stärksten ist bei Horizontallagerung. Erst später kommt als weitere Ursache die Compression der Trachea hinzu. Die Mediastinitis ist wahrscheinlich bedingt worden durch die Tracheotomie, die Jouty aus vitaler Indication hat machen müssen. Es floss nämlich das Secret in die Operationswunde nach der Thymektomie. Durch Tieflagerung des kleinen Patienten wurde für gute Drainage gesorgt und genas der Patient trotz der kritischen Situation, in der er sich nach der Operation befand. LAUTMANN.

11) **Aurelius Réthi. Die elektrolytische Behandlung der Trigeminusneuralgien.** Mit 1 Abb. Aus der Kgl. Univ.-Poliklinik für Hals- u. Nasenkranke zu Königsberg (Director: Prof. Dr. Gerber). *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1913.*

Nach kurzer Besprechung der verschiedenartigen Ursachen der Trigeminus-



neuralgien und deren kausaler Therapie erörtert Autor kurz die bisherigen Behandlungsmethoden und deren Erfolge. Anschliessend an einen Fall, bei dem auch die perineurale Alkoholinjection versagte, berichtet Autor über die erfolgreiche Anwendung der monopolaren Elektrolyse bei drei Fällen. Réthi liess sich von Reiniger, Gebbert & Schall eine gerade, nähnadeldicke Nadel anfertigen, deren $^3/_4$—1 cm langes Ende frei ist, während der übrige Theil mit einer dünnen Schicht Isolirmaterial umzogen ist, so dass nur an der Spitze eine elektrolytische Wirkung statthat, nur eine sehr feine Einstichwunde entsteht und die Haut etc. unbeeinflusst bleiben. Diese Nadel wird an dem Kromayer'schen Schalter, der mittels einer gekrümmten Nadel am Kleide des Patienten leicht zu befestigen ist, vereinigt und als Kathode angewandt, während eine breite, angefeuchtete Elektrode auf der entsprechenden Gesichtshälfte mit der indifferenten Anode verbunden ist. Nach vorheriger subcutaner Morphininjection und entsprechender Desinfection (Aether und Jodtinctur) der Einstichstelle spritzt man in der üblichen Weise ein Anästheticum (Eusemin) in den Nervenkanal und das subcutane Gewebe ein und führt dann nach 15 Min. die Nadel in den Kanal. Autor erreichte in einer einzigen Sitzung von 15—16 Min. mit einer Stromstärke von 20—25—30 Milliampères (langsames Ein- und Ausschleichen) ohne nennenswerthe Reactionserscheinungen vollkommene Heilungsresultate. HECHT.

12) Bensinne. **Ueber die mittels Alkoholinjection erzielten Resultate bei Gesichtsneuralgie. (Statistique des résultats obténus dans le traitement de la névralgie essentielle de la face par les injections d'alcool.)** *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant. No. 9. 1913.*

Die Resultate sind vorzüglich, besonders wenn der erste Trigeminusast betroffen ist. Nach 12—18 Monaten treten bisweilen von neuem Schmerzen auf, die wiederum Einspritzungen nöthig machen. PARMENTIER.

13) H. K. Offerhaus. **Meine Erfahrungen über die Behandlung von Trigeminusneuralgien mit Alkoholeinspritzungen.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 21. S. 1447. 1913.*

Nach seiner eigenen Methode (Nederl. Tijdsschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1910) hat Verf. die Einspritzung gemacht. Die Literatur nach 1910, die Indicationen, Gefahren und üble Nebenwirkungen werden ausführlich besprochen. Ueber die 37 behandelten Fälle werden genauere Mittheilungen gegeben. Bei diesen Patienten wurden zum Theil oberflächliche, zum Theil tiefe Einspritzungen (am Foramen ovale oder rotundum 40mal) vorgenommen. In 82 pCt. der Fälle wurde das erwünschte Endresultat erreicht. VAN GILSE.

14) Henry H. Janeway. **Intratracheale Anästhesie für Nasen-, Hals- und Mundchirurgie nebst einer Beschreibung eines neuen Instruments zum Catheterismus der Trachea. (Intratracheal anesthesia from the standpoint of the nose, throat and oral surgeon with a description of a new instrument for catherisizing the trachea.)** *The Laryngoscope. November 1913.*

Verf. beschreibt den Apparat, mit welchem er bei nunmehr 8monatiger Be-

nutzung gute Resultate gehabt hat. In 5 Fällen handelte es sich um intrathoracische Operationen, in allen übrigen um Operationen in Nase oder Rachen. Verf. benutzt die Methode auch zur Anästhesie bei gastroskopischen Untersuchungen.

EMIL MAYER.

15) **Franklin Hazlehurst. Die Kuhn'sche Methode der peroralen Narkose. (The Kuhn method of peroral narcosis.)** *The Laryngoscope. November 1913.*

Verf. giebt eine Beschreibung der Methode. Seine eigenen, wenn auch der Zahl nach beschränkten Erfahrungen bestätigen alles, was Kuhn als Vortheile seiner Methode hervorhebt.

EMIL MAYER.

16) **W. Storm van Leeuwen. Erfahrungen mit der intratrachealen Insufflation nach Meltzer.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 25. S. 1814. 1913.*

Anwendung im Thierexperiment.

VAN GILSE.

17) **Morgenstern** (Darmstadt). **Ueber Paracodin.** *Fortschr. d. Med. No. 4. 1914.*

Als hustenstillendes Mittel bei jeder Art von Hustenreiz leistet Paracodin sehr gute Dienste.

SEIFERT.

18) **Hans Daae** (Kristiania). **Coryfin bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes.** *Allgem. med. Centralzeitung. No. 26. 1913.*

Seit längerer Zeit gebraucht Verf. Coryfin aus denselben Indicationen, aus denen er früher Menthol verwandte, aber mit einer besseren Wirkung.

Am meisten bewährte sich ihm Coryfin bei chronischen Nasenpharyngitiden und bei Patienten, die ihre Stimme viel benutzen und ihren Sprech- und Gesangapparat in guter Ordnung haben müssen. Verf. benutzt Coryfin nur zu Inhalationen.

FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

19) **L. Dewatripont. Beitrag zu den bakteriologischen und histologischen Zusammenhängen zwischen Nasenkrankheiten und Affectionen der Thränenwege. (Contribution à l'étude des rapports bactériologiques et histologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. VIII. 1913.*

Eine Zusammenfassung des auf dem Internationalen medicinischen Congress in London vom Verf. über den Gegenstand gehaltenen Vortrags.

PARMENTIER.

20) **Brunslow. Beitrag zur Aetiologie der chronischen Erkrankungen der thränenableitenden Wege.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 29. H. 5.*

Der Verf. kommt auf Grund von 63 Beobachtungen, die er in der Bonner Universitätsaugenklinik machen konnte, zu dem Resultat, dass die chronische Erkrankung der Thränenwege meist auf eine Affection der nasalen Nebenhöhlen zurückzuführen ist. In 40 Fällen lag eine sichere Erkrankung der Nebenhöhlen vor, 14 mal bestand Verdacht auf eine Nebenhöhleneiterung. Von den 9 übrigen Fällen fanden sich 7 mal endonasale Veränderungen anderer Art, nur 2 mal war der Nasenbefund negativ. Von den einzelnen Nebenhöhlen zeigte sich überwiegend häufig das Siebbein erkrankt.

ALBRECHT.

21) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber die Technik der intranasalen Dakryocystostomie.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Die von dem Verf. angegebene Operation stellt eine vollkommene Resection der nasalen Wand des Thränensackes dar entsprechend den Principien der Toti-schen Operation mit dem Unterschiede, dass die Operation nicht von aussen, sondern intranasal ausgeführt wird, wodurch ein eventuell schlechtes kosmetisches Resultat vermieden wird. Die Erfolge waren stets ausgezeichnet. Die Abtragung des vordersten Ansatzpunktes der mittleren Muschel und die Eröffnung einiger Siebbeinzellen ist bei der hohen Lage des Saccus oft erforderlich. Druck mit dem Zeigefinger von aussen bringt den Sack tief in die Nase hinein und erleichtert die Uebersicht. Principiell wird Abstand genommen von Eröffnung der Thränenkanälchen und von Einführung von Sonden. Tampons werden nicht eingelegt. Die Operation wird nur klinisch vorgenommen, Nachblutungen und sonstige Complicationen sind bei ständiger Ueberwachung nie eingetreten. W. SOBERNHEIM.

22) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber die intranasale Dakryocystostomie mit Demonstration.** Vortrag, gehalten in der IX. Jahresversammlung der ungarischen Augenärzte vom 8. September 1913. *Orvosi hetilap. No. 44. 1913. Beilage: Gégészet. No. 2.*

Die Idee und deren Ausführung, die Toti'sche Operation intranasal auszuführen, gehört dem Verfasser. Strazza hat nur einen misslungenen Versuch gemacht, West hat aber die Idee zu seiner übrigens weniger vollkommenen Operation aus der vorläufigen Publication des Verfassers entlehnt und dabei die Quelle verschwiegen. Die Operation besteht aus der Bildung eines rhomboiden Schleimhautperiostlappens auf der lateralen Nasenwand, vor der mittleren Muschel, wie ihn Halle zuerst angab, nur wird der Lappen nicht beibehalten. Stirnfortsatz des Oberkiefers und Thränenbein werden theils mit dem Meissel, theils mit Verf.'s schneidenden Knochenstanzen eröffnet und die Oeffnung gehörig erweitert und dann wird der Thränensack, in welchen keine Sonde eingeführt ist, durch Druck von aussen (Gegendruck) durch die gebildete Knochenlücke in die Nasenhöhle gepresst, wo seine nasale Wand bis zur Kuppel, bei Ektasien aber auch Theile der facialen Wand mit dem Messer und feinen, scharfen Hartmann'schen Conchotomen entfernt werden. Demonstrirt wurden vier Fälle. Mässige Septumdeviationen können während der Operation mit Verf.'s Nasenspecula mit ungleichen Branchen aus dem Wege geschoben werden. Bis Ende Juli sind 42 Fälle operirt worden, davon heilten 35 = 83,3 pCt. mit vollständiger Herstellung der physiologischen Function. Die Indicationen dieser Operation lassen sich weiter (auch auf fistulöse und acut entzündete Fälle) erstrecken, als jene der Toti'schen Operation. Bei der Discussion wurden Verf.'s Ansichten von Onodi, Pauncz und Donogány bestätigt. POLYAK.

23) **J. M. West** (Berlin). **Die Technik der Eröffnung des Thränensackes von der Nase aus, nach Erfahrung an 130 einschlägigen Operationen.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Die Operation wird in Localanästhesie ausgeführt. Zunächst wird unter Schonung der unteren Muschel (nur bei sehr prominentem Vorderende muss dieses

entfernt werden) ein Schleimhautlappen vor dem Torus lacrymalis (synonym Tuberculum ductus lacrymalis) gebildet, der nach unten geklappt wird. Sodann wird die den Torus deckende Schleimhaut entfernt und die nasale Seite des Knochengerüstes der Fossa lacrymalis blossgelegt. Das dritte Stadium der Operation bildet die Aufmeisselung des Knochengerüstes der Fossa lacrymalis (Stück vom aufsteigenden Kieferast und vom Os lacrymale) urd Freilegung des Thränensackes an der lateralen Nasenwand. Zum Schluss wird diese nasale Saccuswand in toto entfernt und somit eine neue künstliche directe Verbindung zwischen Bindehautsack und Nase hergestellt. Nach Zurückklappen des zuerst angelegten Lappens ist die Operation beendet. Bei starker Nasenscheidewandverbiegung kann die partielle submucöse Septumresection als Voroperation nöthig werden. Eine Eröffnung des Ductus nasolacrymalis findet nicht statt. Verf. tamponirt und behandelt mit Spülungen 3proc. Borlösung nach Entfernung der Gaze von dem Thränenröhrchen aus nach.

W. SOBERNHEIM.

24) **J. M. West** (Baltimore, Berlin). **Die Eröffnung des Thränensackes von der Nase aus in über 100 Fällen von Dakryostenose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 30. 4. 1913. Die Methode, die inzwischen ausführlich im Archiv für Laryngologie geschildert ist, besteht darin, dass zunächst unter Localanästhesie zuerst unter Schonung der unteren Muschel die den Thränenkanalwulst deckende Schleimhaut entfernt wird. Danach wird ein Stück vom aufsteigenden Kieferast und ein Stück vom Os lacrymale weggemeisselt, der Thränensack freigelegt und durch Wegnahme seiner nasalen Wand eine freie Verbindung zwischen Auge und Nase oberhalb der intacten unteren Muschel hergestellt. 90 pCt. gute Resultate.

ZARNIKO.

25) **J. Bourguet. Ueber die Eröffnung des Thränensackes auf endonasalem Wege. (L'ouverture du sac lacrymal par la voie endonasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1913.*

Nach kurzer Besprechung der Methode von Toti, Polyak, Blumenfeld, beschreibt B. seine eigene Methode. Er führt nach genauer localer Anästhesie einen Schnitt längs des Nasenrückens nach abwärts um den oberen Theil der Apertura pyriformis. Ungefähr in der Mitte des Schnittes ein steiler Schnitt und dann Abpräparirung eines Schleimhautperiostlappens einzig und allein, um sich die eigentliche Operationsgegend zugänglich zu machen. Diese liegt in einem ähnlichen Viereck hinter dem soeben auspräparirten Viereck. Es wird hier Haut und Knochen entfernt und auf diese Weise der Thränensack freigelegt. Der übrige Verlauf der Operation ist dann wie bei West.

LAUTMANN.

26) **G. Ferreri. Aeussere oder innere Dakryocystorhinostomie? (Dacriocistorinostomia esterna od interna?)** *Arch. ital. di otologia. Januar 1914.*

Verf. resumirt seine Ansicht folgendermassen: Abgesehen von Gründen der Aesthetik, die aber von Toti selbst dadurch erledigt sind, dass er vorschlug, nicht zu nähen, da der Lappen unter einem Compressivverband selbst anheilt, hat die endonasale Methode keinen Vortheil vor der äusseren Methode, die unver-

gleichlich viel einfacher und in anatomischer Beziehung vollendet ist. Die endonasale Methode hat seines Erachtens absolute Contraindicationen und diese sind: Nasenstenosen in Folge Traumen oder Knochenaffectionen, durch welche die Form des Nasenskeletts beeinträchtigt ist; chronische Infectionen, bei denen man Gefahr läuft, virulente Keime in die Orbita zu übertragen; Thränenfisteln, bei denen man die Ausdehnung der Knochenveränderungen nicht kennt und nicht sicher ist, sie in toto zu beherrschen; Fällen von Kammerung des Sackes, bei denen ein Ausgangspunkt für ein Recidiv zurückgelassen werden kann. CALAMIDA.

27) **Buys** und **Gottifuies. Radiographie eines Falles von Stirnhöhlenmucocele. (Radiographie d'un cas de mucocèle du sinus frontal.)** *La Policlinique. No. 22. 1913.*

Die Aufnahme von vorn zeigt beide Sinus in einen verschmolzen. Von der Scheidewand besteht nur oben noch ein Stück. Die Aufnahme von der Seite zeigt beide Stirnhöhlen auf einander projicirt; man sieht, dass keine Hinterwand mehr besteht und dass der Hintergrund der Höhle vom Gehirn gebildet wird.

Die Operation zeigte, dass der Tumor das Septum und die Hinterwand zerstört hatte. Die Dura lag in ziemlich grosser Ausdehnung frei. PARMENTIER.

28) **Fernand Müller** (Solothurn). **Radicalbehandlung der chronischen Eiterung der Stirnbein- und Oberkieferhöhle sowie der Siebbeinzellen. (Traitement des suppurations chroniques du sinus frontal, de l'éthmoide et du sinus maxillaire.)** *Berner Dissert. Imprimerie Crété. Freiburg 1913.*

17 Heilungen auf 21 Fälle durch die Radicaloperation unter Leitung von Lindt. Verf. hält den Operationsmodus Killian's für den richtigen, da bei diesem keine Buchten verborgen bleiben. Der Patient ziehe schliesslich die Radicaloperation mit etwas Entstellung einer unvollständigen Operation vor, welche statt der Entstellung Recidive im Gefolge habe. Uebrigens können die Einsenkungen am Stirnbein mit Paraffin ausgeglichen werden. Zur Entfernung des Bodens der Stirnbeinhöhle benutzte Verf. die Methode von Hajek von der Orbita aus. Es sei immer besser, auch die hintersten Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle mitzueröffnen, als irgendwo Rückfälle zu riskiren. Präliminar müssen allfällig verschiedene endonasale Eingriffe, Entfernung von Nasenpolypen, Resection der mittleren Muschel, Correction verkrümmter Nasenscheidewände u. a. m. ausgeführt werden, sobald dadurch die Zugänge zu dem Sinus freier werden.

Die Mehrzahl der Eiterungen der Highmorshöhle werden endonasal mit Erfolg behandelt. Sobald Wucherungen in der Schleimhaut anzunehmen sind, muss operativ vorgegangen und ausgekratzt werden. Dasselbe gilt von den Sinus frontales und ethmoidales.

Bei allen operativen Eingriffen sei die Localanästhesie mit Novocain-Adrenalin der allgemeinen Narkose vorzuziehen. JONQUIÈRE.

29) **Thomas Chew Worthington. Empyem der Stirnhöhle mit Freiliegen der Dura; geheilt durch Obliteration der Höhle. (Empyema of the frontal sinus with exposed dura cured by obliteration of the sinus.)** *The Laryngoscope. Novbr. 1913.*

In diesem Fall waren verschiedentlich kleine Oeffnungen von aussen gemacht

worden, ohne dass dadurch eine Heilung oder auch nur Besserung bewirkt worden war. Erst eine radicale Eröffnung der Höhle und sorgfältige Nachbehandlung führten zu einer völligen Heilung, die jetzt seit fast 2 Jahren andauert.

Als die Höhle eröffnet wurde, stellte sich heraus, dass die Dura freilag. Es war kein Symptom vorhanden gewesen, das diese Complication hatte vermuthen lassen. Obwohl die Dura in Folge Nekrose der Stirnhöhlenwand schon seit langer Zeit unter den ungünstigsten Bedingungen freigelegen haben muss, war sie doch völlig intact. Wenn Verf. auch in jedem Fall, wo es angängig ist, die Höhle gleich nach der Operation schliesst, behandelte er in diesem Falle natürlich offen nach. Die resultirende Entstellung war sehr unerheblich. EMIL MAYER.

30) **A. Sotowiejcryk** und **B. Karbowski. Ein Fall von interkranieller Complication in Folge von latenter Eiterung in dem Sinus frontalis; Osteomyelitis des Schädeldachknochens. (Przypadek wewnostizcrasckewego powiktania na skutek utajonej ropnej sprawy w zatoce crotowej; zapalenie scpiku kostnego kosci sklepienia craszki.)** *Medycyna. No. 40, 41. 1913.*

Der Fall betrifft ein 21jähriges Mädchen, bei dem die Eiterung der Sin. front. auf das Schädelinnere sich ausbreitete, wobei ein grosser extraduraler Abscess entstand. Nach der Operation wurde eine Osteomyelitis diagnosticirt, Die Kranke starb unter den Erscheinungen eines Abscesses in der rechten Hirnhemisphäre.

A. v. SOKOLOWSKI.

31) **A. Réthi** (Budapest). **Die intranasale Eröffnung der Stirnhöhle.** *Verhandl. der ungar. Ges. f. Chir. VI. Jahresvers. 23.—24. Mai 1913. S. 59.*

Die Operation besteht in der intranasalen Durchmeisselung der Crista nasalis und des Stirnfortsatzes des Oberkiefers. Sie soll an Leichen leicht ausführbar sein, ist auch schon einmal an lebenden Patienten versucht worden. POLYAK.

32) **D. v. Navratil** (Budapest). **Ueber den kosmetischen Werth der Killian'schen radicalen Stirnhöhlenoperation.** *Budapesti orvosi újság. No. 10. 1913. Beilage: Gégészet. No. 1.*

Verf. empfiehlt die Rasirung der Augenbrauen zu unterlassen, vor der Ausführung des Hautschnittes für die Naht einige Querlinien in die Haut zu kratzen, zur Naht sehr feine Nadeln und dünne Seide zu benützen, die Wundlinie nach der Operation mit Jodtinktur sanft zu betupfen, den Deckverband (keine Collodiumstreifen) nur 48 Stunden lang liegen lassen und später nur leichte Pinselungen mit Jodtinktur zu benützen. Mit diesem Vorgehen lassen sich vorzügliche kosmetische Resultate erzielen. POLYAK.

33) **H. Schloffer. Celluloidplatte vor 16 Jahren zum Ersatze der vorderen Stirnhöhlenwand eingepflanzt.** *Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen. 25. April 1913.*

Demonstration einer 38jährigen Patientin, welche vor 16 Jahren eine Schrotschussverletzung des Gesichts erlitt, wodurch Verlust das rechten Auges und ausgedehnte Zerreissungen an den Weichtheilen und Knochen des Gesichts herbeigeführt wurden. Nach Ausheilung der Wunde und Ersatz des fehlenden Bulbus

durch ein künstliches Auge galt es, den durch den Verlust der ganzen vorderen Stirnhöhlenwand entstandenen Defect zu decken. Schloffer, damals noch Assistent Wölfer's, erzielte ein vorzügliches kosmetisches Resultat durch Einpflanzung einer Celluloidplatte nach A. Fraenkel, indem er von einem oberhalb der Narbe angelegten horizontalen Schnitte aus zunächst die eingezogene Haut des narbigen Trichters vorsichtig von der Unterlage ablöste und dann eine vorher in heissem Wasser entsprechend der Schädelform angepasste Celluloidplatte über den Defect schob. Seither ist die Platte unverrückt liegen geblieben und erfüllt also bereits 16 Jahre vollständig ihren Zweck.

STEINER (PRAG).

34) **Robert C. Myles. Die chirurgische Behandlung von Erkrankungen der Stirnhöhle. (The surgical management of diseases of the frontal sinus.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. September 1913.*

1. Wenn in acuten Fällen unerträglich starke Beschwerden vorhanden sind, fortwährende Schmerzen über den Augen und dabei heftige Allgemeinerscheinungen — Fieber, Depression — so müssen wir durch Herabsetzung des Drucks Erleichterung schaffen, wenn nöthig, indem wir eine die Nase verlegende Septumverbiegung submucös entfernen, das vordere Ende der mittleren Muschel, einen Theil der vorderen Siebbeinzellen und den Proc. nasalis des Oberkiefers entfernen; hat dies keinen Erfolg, so müssen wir oberhalb des inneren Augenwinkels eine kleine Oeffnung in der Stirnhöhle machen und, falls nöthig, in ein paar Wochen die Radicaloperation folgen lassen.

2. Chronische Fälle sollen radical operirt werden, wenn Anzeichen von Knochennekrose vorliegen, mit oder ohne Perforation; ferner bei Neubildungen, besonders malignen, bei Meningealsymptomen, bei fortwährenden Anfällen von Schmerzen und dann, wenn die Patienten, bei denen die Operation von innen ohne Erfolg gemacht worden ist, selbst wünschen, von ihren Beschwerden befreit zu werden.

Verf. empfiehlt die Killian'sche Operation. Die Drainageöffnung in die Nase soll durch Tuben offen gehalten werden, bis der offene Raum unter der Spange obliterirt ist.

EMIL MAYER.

35) **Rose Hall Skillern. Unangenehme Folgen nach der äusseren Stirnhöhlenoperation. Eine kritische Betrachtung von zwanzig Fällen. (Untoward results following the external operation on the frontal sinus. A critical review of twenty cases.)** *The Laryngoscope. November 1913.*

Verf. hat in allen seinen Fällen nach der Killian'schen Methode operirt. Als die unangenehmen Folgen, die nach der Operation auftreten können, zählt er auf: 1. Oedem der Augenlider, besonders des oberen; 2. Lähmung des oberen Augenlids; 3. Weiterbestehen der Absonderung; 4. Fistel- oder Abscessbildung; 5. Hemicranielle Anästhesie; 6. Neuralgie und zwar a) locale, b) hemicranielle; 7. Deformation und zwar a) Einsinken der Stirn, b) Narbencontraction, c) Ausfallen der Augenbrauen, d) excessives Wachsen der Augenbrauen, e) Keloidbildung; 8. Bildung einer Pneumatocele; 9. temporäre und permanente Diplopie; 10. Erblindung auf der operirten Seite.

EMIL MAYER.

36) **E. N. Maljutin** (Moskau). **Radicale Operation bei eitriger Entzündung des Sinus frontalis nach vereinfachter Methode.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Die häufigen Misserfolge mit den osteoplastischen Operationen von Golowin und der radicalen Killian'schen Methode führten M. zu einer technisch ausserordentlich einfachen Methode, die in der Entfernung der vorderen Wand des Sinus frontalis und des Canalis frontonasalis beruht. Sinus und Kanal werden in eine nach oben zu offene Rinne verwandelt unter Zerstörung der vorderen und mittleren Siebbeinzellen. Die ganze Operation nimmt 15 Minuten in Anspruch, die Heilerfolge auch bei nach anderen Methoden operirten recidivirten Fällen sind vorzüglich. Abbildungen erläutern den Text.

W. SOBERNHEIM.

37) **L. v. Uthy** (Budapest). **Die Tumoren des Nasenrachenraumes und ihre chirurgische Behandlung.** *Budapesti orvosi újság. No. 10. 1913. Beilage: Gégészet. No. 1.*

Eine sehr brauchbare Zusammenstellung der Casuistik und der Operationsmethoden im kurzen Referatstile.

POLYAK.

38) **V. Lange. Ueber ein „Recidiv" eines Nasenrachenfibroms nach 15 bis 20 Jahren, nebst Bemerkungen über diese Erkrankung. Eigene Statistik über die Tumoren des Nasepharynx. (Sur une „récidive" d'un polype nasepharyngien au bout de 15 à 20 ans.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 2. 1913.*

An ein echtes Recidiv glaubt der Autor nicht, trotzdem er bei derselben Patienten einen ähnlichen Polypen aus dem Cavum vor 15—20 Jahren extrahirt hat. Bei dieser Gelegenheit giebt Verf. die Statistik seiner eigenen Fälle von Nasenrachentumoren, die 17 Fälle betrifft, von denen 14 Tumoren gutartiger Natur waren. Fast sämmtliche Tumoren sind operirt worden, Anfangs (9 Fälle) mit dem galvanischen Brenner, in den letzten Jahren mit der Zange. Ein Tumor wurde mit Schnitt durch die Nase entfernt. Den Ursprung der Tumoren verlegt der Autor an das Dach des Cavums. Zum Schluss empfiehlt L. den jüngeren Aerzten die Lecture der Biographie von Bergmann.

LAUTMANN.

39) **D. v. Navratil** (Budapest). **Die Operation der Nasenrachenfibreme.** *Budapesti orvosi újság. No. 44. 1913. Beilage: Gégészet. No. 2.*

Verf. giebt zur oralen Operation dieser Tumoren eine Zange an, welche mit entsprechender Biegung und stark gezahnten Doppellöffeln nach dem Schema der geburtshülflichen Zangen gebaut ist. Die Löffel werden einzeln eingeführt, dann wird die Zange geschlossen und der Tumor mit einem Zuge ausgerissen. Die Operation geschieht in Rose'scher Lage, hinterher wird sofort ein grosser Drucktampon für zwei Tage eingeführt. Ein Fall ist auf diese Weise operirt worden.

POLYAK.

40) **O. Kutvirt** (Prag). **Ein typisches Nasenrachenfibrom mit tödtlicher Blutung.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 7. S. 25. 1913.*

Bei einem 15 Jahre alten Knaben wurden mehrmals in kurzen Zwischen-

räumen unter starker Blutung grosse Stücke eines Nasenrachenfibroms entfernt: sofortiges Wiedernachwachsen. Elf Tage nach dem letzten operativen Eingriff (galvanokaustische Schlinge) trotz Tamponade anhaltende heftige Blutung; Kochsalzinfusionen. Am folgenden Tage Kopfschmerzen und hohes Fieber und 4 Tage nach Beginn der schweren Blutung Exitus. Sectionsbefund: Fibrosarkom der Schädelbasis, hochgradige Anämie, Hämorrhagien in Pleura, Pericard, eitrige Bronchopneumonie im rechten Unterlappen, Milztumor. — Insertion des Nasenrachenfibroms an der Schädelbasis und Hereinwachsen in die Keilbeinhöhlen.

Der mikroskopische Befund des Nasenrachentumors wird ausführlich mitgetheilt. Sarkomgewebe liess sich in der gefässreichen Geschwulst nirgends nachweisen. An den Blutgefässen und ihrer Umgebung war stellenweise hyaline Degeneration nachzuweisen, welche nach der Ansicht von Ballo für Rückbildung sprechen soll. Für diese Anschauung spricht der vorliegende Fall nicht, da der Tumor trotz stellenweise hyaliner Umwandlung im Gegentheil excessives Wachsthum zeigte.

Besprechung der verschiedenen Theorien über die Art der Entstehung der Nasenrachenfibrome.

OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

41) **Louis M. Freedman. Ueber die Function der Tonsillen. (On the function of the tonsils.)** *Annals otology. rhinology and laryngology. März 1913.*

Unter normalen Umständen sind die Tonsillen ein Schutzmechanismus; sind sie erkrankt, so können sie zur Eingangspforte für Infectionen werden. Dies hängt aber noch von anderen Factoren ab. Diese Factoren sind erstens die besondere Widerstandsfähigkeit des betreffenden Individuums; zweitens der Grad von Virulenz und Pathogenität der bei jeder Infusion in Betracht kommenden Bakterien.

EMIL MAYER.

42) **A. Vetlesen. Aetiologische und pathologische Verhältnisse bei dem Rheumatismus acutus mit besonderer Rücksicht auf die Bedeutung der Tonsillitis.** *Norsk Magazin for laegevidenskaben. No. 4. S. 493. 1913.*

Verf. lenkt in einer grösseren Arbeit die Aufmerksamkeit auf die grosse ätiologische Bedeutung, welche die Tonsillitis bei Rheumatismus hat. Seiner Ansicht nach entspricht der Verlauf der Tonsillitis dem des Rheumatismus, sodass eine chronische Tonsillitis eine protrahirte Form von Rheumatismus bedingt. In den acuten Fällen ist die Tonsillitis gewöhnlich schon verschwunden.

Bei den chronischen Fällen von Tonsillitis empfiehlt er eine energische Behandlung dieses Leidens.

L. MAHLER.

43) **Hanns Pollitzer. Ren juvenum. Beiträge zur Kenntniss der orthostatischen Albuminurie.** *Aus der III. med. Klinik der K. K. Universität Wien. Urban & Schwarzenberg. 1913.*

Ein Hinweis auf dieses sehr interessante Buch an dieser Stelle rechtfertigt sich durch die Rolle, die der Verf. den Tonsillen in der Aetiologie der orthostatischen Albuminurie einräumt. Wenn im Pubertätsalter die „Abdichtung“ des

lymphatischen Apparates nicht eintritt und die Neigung zu Tonsillitiden bestehen bleibt, so kann sich entweder im Laufe von 10—15 Jahren oder in kürzerer Zeit das Bild der juvenilen Nephritis mixta entwickeln. Verf. sagt, dass so selten glücklicherweise der maligne Verlauf mit rapidem Schrumpfungsprocess bei jenen Fällen, die dem Arzte vordem als orthotische Albuminuriker begegnet sind, ist, so sei doch das Krankheitsbild der juvenilen, schon etwa um das 30. Lebensjahr zu malignen Erscheinungen vorgeschrittenen Nephritis mixta bei chronischer Tonsillitis und angeborener Enge des Gefässsystems unter dem Material aus unseren Gegenden, besonders beim weiblichen Geschlecht, keineswegs so selten. Bei einer Gruppe, die Verf. im Gegensatz zu der eben gekennzeichneten „renalen" die „multipel-metastatische" nennt, entwickeln sich jenseits des Pubertätsalters nach Jahren rein tonsillitischer Episoden Gelenkrheumatismus und bald eine schleichende, bald eine virulentere Endocarditis.

Der für uns wichtigste und interessanteste Theil des Résumés liegt darin, dass Verf. sagt: „Die Prognose der (orthostatischen) Individuen liegt in den Tonsillen, als dem exponirtesten Punkt des lymphatischen Systems. Dort wird auch die wichtigste Aufgabe der Therapie einzusetzen haben." Und was die letztere anbetrifft, so erklärt er: „In allen Fällen, wo sich die Zeichen der Insufficienz des lymphatischen Apparats durch Neigung zu Angina, durch Hypertrophie und chronische Tonsillitis bemerkbar machen, halten wir es für die Grundforderung, zunächst einmal dieses Punctum minoris resistentiae zu beseitigen. Die Methode der Wahl zu bestimmen, ist Aufgabe der Laryngologen. Wenn sich in einer Familie an anderen Individuen die genannten Symptome bemerkbar machen, wird es erwägenswerth sein, auch ohne jedes merkliche Zeichen die Tonsillen eines orthotischen Mitgliedes dieser Familie zu entfernen."

FINDER.

44) **F. Erbrich. Das Verhältniss der einfachen chronischen und eiterigen Gaumenmandelentzündungen zu inneren Leiden wie auch zu localen Erkrankungen des Rachens, sowie der Mandeln selbst. (O stosunka prserolek-lych i copnych sapalen migdalkow podniebiennych do niektórych eierpiú uarsgdoio wewngtrsuch, jakotez de miejseowych eierpieú gardsieli i samych migdalkow.)** *Gaz. lek. No. 45. 1913.*

Auf Grund seiner während 2 Jahren angestellten Beobachtungen, ist Verf. zu folgendem Schlusse gekommen: 1. Die Untersuchung des Rachens und namentlich der Mandeln, soll in jedem einzelnen Falle von chronischem Rheumatismus, von Herzfehler, von sogenannten cryptogenen dauernden fieberhaften Zuständen, sehr genau vorgenommen werden. 2. Der sogenannte chronische, häufig exacerbirende Gelenkrheumatismus hängt von den chronischen eitrigen Mandelleiden ab. 3. Die sogenannten Herzfehler, welche bisher als rheumatische Leiden angesehen wurden, stammen zuweilen von den chronischen eitrigen Mandelentzündungen. 4. Das chronische längerdauernde Fieber, wie auch die daraus folgende Bleichsucht hängt auch sehr oft, wenn keine Veränderungen an anderen Stellen des Organismus auffindbar sind, von den chronischen eitrigen Mandelentzündungen ab. 5. Was die Abhängigkeit der Entzündungen des Wurmfortsatzes von den Mandelleiden anbelangt, so ist dieselbe bisher nicht festgestellt worden, obwohl

diese Abhängigkeit als wahrscheinlich angenommen werden soll. 6. Die speciell bei Kindern öfters vorkommenden, zuweilen sogar sehr häufig wiederkehrenden sogenannten Halsentzündungen, sind nichts anderes als nur die Exacerbationen der chronischen eitrigen Mandelentzündungen. In Anbetracht des oben Erwähnten empfiehlt E. in jedem einzelnen Falle der festgestellten chronischen eitrigen Mandelentzündung (Tonsillitis chronica purulenta) die vollständige Entfernung der Mandeln. Dagegen in Fällen nicht eitriger Entzündungen genügt vollständig das methodische Reinigen der Mandeln. Nur in Ausnahmefällen (z. B. bei Sängern) ist die Ausschälung der Mandeln unentbehrlich. 7. E. empfiehlt auch das Ausschälen der Mandeln in Fällen von vergrösserten Halsdrüsen (Lymphadenitis colli) und zwar aus dem Grunde, weil die Mandeln selbst die Eingangspforte für verschiedene Infectionen sowie für die Tuberculose bilden.

Die sogenannten scrophulösen Halsdrüsen entstehen im Ansteckungswege von den Mandeln.

A. v. SOKOLOWSKI.

45) **Mac Toeplitz** (New York). **Die Häufigkeit der Gaumen- und Rachenmandelhyperplasie nach Untersuchungen an 500 Knaben einer Besserungsanstalt.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Von 500 Knaben litten 106 an Schlundmandelhyperplasie, 89 an Rachenmandelhyperplasie und 116 an Schlund- und Rachenmandelhyperplasie. Nur in 149 Fällen wurden völlig normale Verhältnisse gefunden. — Von 111 vom Anstaltsarzt im Jahre 1910 behandelten Erkrankungen liess sich in 40 pCt. der Ursprung der Erkrankung auf Affectionen der Nase und des Halses zurückführen; im Jahre 1911 von 102 Fällen bei 18 pCt. Nach radicaler Entfernung der Hyperplasien der Gaumen- und Rachenmandeln besserte sich der gesammte Gesundheitszustand der Anstalt.

W. SOBERNHEIM.

46) **E. J. Moure. Ueber die acute Hypertrophie der Mandeln. (De l'hypertrophie aiguë des amygdales.)** *Revue hebd. de laryng. No. 50. 1913.*

Diese acute Hypertrophie der Mandeln hat Verf. merkwürdigerweise nur bei Kindern gesehen, bei denen vorher schon die Mandeln geschnitten worden sind. Sie hat sich regelmässig im Anschluss an eine fieberhafte Krankheit mit gleichzeitiger Schwellung der submaxillären Drüsen eingestellt. Die Drüsenschwellung schwand, die Mandelhypertrophie blieb, wich nur ausnahmsweise einer medicamentösen und klimatotherapeutischen Behandlung, in der Regel nöthigte sie zu einer neuen Operation an den Mandeln. Bemerkt muss werden, dass Verf. sich principiell gegen die Totalexstirpation der Mandeln, namentlich bei Kindern, erklärt.

LAUTMANN.

47) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Ueber Tonsillitis chronica fossularis des Seitenstranges. (Pharyngitis lateralis chronica fossularis.)** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1913.*

Bei dieser Erkrankung handelt es sich um einen chronischen Katarrh der Fossulae der in eine Tonsille umgewandelten Plica salpingo-pharyngea. Die gewöhnliche zu Beschwerden führende Schwellung des Seitenstranges soll auf caustischem oder blutigem Wege beseitigt werden; der entzündlich erkrankte geschwollene

Seitenstrang soll als solcher geschont werden; die Beseitigung der fossulären chronischen Entzündung wird am zweckmässigsten mittels Galvanokaustik der Fossulae behandelt.

W. SOBERNHEIM.

48) **H. H. Martin. Ein Fall von allgemeiner Sepsis nach Peritonsillarabscess. (A case of general sepsis following peritonsillar abscess.)** *Southern medical journal. September 1913.*

Es handelte sich um eine junge, bis dahin gesunde Frau, bei der nach einem peritonsillaren Abscess eine Infection der rechten Lunge und des Pericards und später zwei metastatische Herde auftraten. Verf. giebt folgende Schlussfolgerungen: Ein Peritonsillarabscess kann ohne präexistirende oder coexistirende Tonsillitis auftreten und kann eine locale Manifestation einer sehr ernsten Allgemeininfection sein. Eine solche Infection kann auf einen peritonsillären Abscess folgen entweder durch directe Infection der Bronchialschleimhaut durch den Kehlkopf oder die Trachea hindurch oder auf indirectem Wege durch Metastasen. Verf. hält in solchen Fällen die Anwendung einer Autovaccine für das beste Mittel.

EMIL MAYER.

49) **Srebrny. Ein Beitrag zur Aetiologie der recidivirenden Peritonsillitis purulenta. (Przycrynek do etiologji powracajacych ropni okolomigdalkowych.)** *Medyc. No. 50. 1913.*

Als Ursache des Recidivirens von Peritonsillitis purulenta wurde in 2 Fällen eine Fischgräte und ein Speichelstein gefunden. In beiden Fällen waren Fisteln des vorderen Gaumenbogens entstanden.

A. v. SOKOLOWSKI.

50) **A. Logucki. Ueber die Eröffnung der peritonsillaren Abscesse. (O otwieraniu ropni okolomigdalkowych.)** *Gaz. lek. No. 49. 1913.*

Anästhesie mit 10proc. Cocainlösung. Allmähliche Lösung der Bogenadhäsionen an die Mandeln mittels einer Knopfsonde mit 2—3 cm lang abgebogenem Ende. Die Adhäsionen sollen breit gelöst werden. Der Eingriff ist manchmal im Stande das Vereitern zu verhüten, wenn das Gewebe nicht zu stark infiltrirt war.

A. v. SOKOLOWSKI.

51) **D. Gélyi** (Ungarn). **Die Behandlung der Tonsillitis und des Schnupfens.** *Gyógyászat. No. 33. 1913.*

Die Mandeln werden mit Lugol'scher Lösung gepinselt, ausserdem sollen die Patienten stündlich 0,3 Orthoform auf die Zunge nehmen und mit dem Speichel schlucken. Noch unangenehmer ist die vorgeschlagene Behandlung des Schnupfens, die Nase soll nämlich mit 1proc. Argentaminlösung gepinselt werden.

POLYAK.

52) **O. Heinemann** (Berlin). **Ueber Totalexstirpation atrophischer Tonsillen.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Verf. empfiehlt bei hochgradiger Atrophie, die die gewöhnliche Totalexstirpation ausschliesst zumal bei fester Verwachsung der dünnen Tonsille, die Resection des vorderen Gaumenbogens. Eine erheblichere Blutung hat Verf. nie erlebt und hält die Befürchtung einer solchen im Allgemeinen für unbegründet.

W. SOBERNHEIM.



53) **Luc. Die Amygdalektomie beim Erwachsenen. (L'amygdalectomie chez l'adulte.)** *Presse médicale. No. 8. 1914.*

Wegen der Schwierigkeiten, die eine eventuelle Blutstillung beim Kinde machen könnte, führt Verf. die Totalexstirpation der Mandeln nur beim Erwachsenen aus. Wir haben die Anästhesie und die Technik von L. schon so oft beschrieben, dass wir nicht mehr darauf zurückkommen wollen. Auch hat L. wiederholt veröffentlicht, dass er systematisch die beiden Gaumenbogen nach jeder Amygdalatomie für 3—4 Tage mit 3 Seidennähten jederseits schliesst, um so prophylaktisch jeder Blutung zu begegnen. LAUTMANN.

54) **T. B. Layton. Anästhesie bei acuten Entzündungen der Mundhöhle und des Rachens. (Anaesthesia in acute inflammations of the mouth and pharynx.)** *Lancet. 13. September 1913.*

Allgemeine Narkose ist gefährlich und sollte vermieden werden in allen Fällen, wo ein Abscess in die Luftwege hinter der Mundhöhle hineinragt oder in solchen Fällen von Entzündung des Zellgewebes, die mit derartiger Schwellung einhergehen, dass Dyspnoe vorhanden ist oder droht. In den ersteren Fällen besteht die Gefahr einer Ruptur des Abscesses, in den letzteren, dass die Dyspnoe bedrohlich werden oder Herzschwäche eintreten könnte.

Bei Abscessen, die von den Zähnen ausgehen, kann Lachgas benutzt werden, doch soll man Cyanose vermeiden. Verf. erwähnt einen Fall von Retropharyngealabscess, der unter Skopolamin-Morphiumanästhesie in der Killian'schen Schwebelaryngoskopie eröffnet wurde. A. J. WRIGHT.

55) **Albrecht** (Berlin). **Das Pulsionsdivertikel des Hypopharynx und seine Operation mit der Goldmann'schen Methode.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2301. 1913.*

Bericht über 14 Fälle der Killian'schen Klinik. Die Goldmann'sche Methode (Abbinden mit dem Seidenfaden) hat sich vortrefflich bewährt.

ZARNIKO.

56) **Mounier. Ein Stück Glas im Pharynx nach Durchbohrung der Carotisgegend. Entfernung auf natürlichem Wege. (Morceau de verre enclavé dans le pharynx.)** *Archives internat. de laryng. No. 3. Mai/Juni 1913.*

Einen Monat nach einem Autounfall kam Patient mit Klagen über Schluckbeschwerden. Bei der Untersuchung zeigt sich in der Gegend des Kehlkopfeingangs ein Stück Glas (offenbar vom Wagenfenster herrührend), das von der rechten Seite des Pharynx bis in die linke Seite der Zungenbasis reichte, wo es fest fixirt war. Die Extraction wurde mit zwei mit Cautchuc umhüllten Zangen vorgenommen, nachdem der Fremdkörper in der Mitte gebrochen worden war. Zur Carotisunterbindung war alles vorbereitet, jedoch gelang die Extraction leicht auf natürlichem Wege. LAUTMANN.

57) **R. v. Hoesslin** (Neu-Wittelsbach, München). **Trauma des Pharynx.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

Verf. berichtet über eine wohl seltene Verletzung: Eine Krankenschwester

wurde durch einen lauten Knall erschreckt, der aus dem Zimmer kam, in welchem die von ihr gepflegte Kranke sich aufhielt; als sie ins Zimmer eintrat, erhielt sie folgende Erklärung: Die Kranke hatte eine Kastanie auf die heisse Platte des Ofenrohres gelegt und dann herausgenommen; im Augenblick, als sie die Kastanie aufbeissen wollte, erfolgte eine Explosion derselben und der ganze siedendheisse Inhalt der Kastanie wurde mit grosser Gewalt in die Mundhöhle geschleudert und verursachte ausgedehnte Verbrühungen, besonders des harten Gaumens, der Uvula und des Gaumenbogens. Die Dame hatte übersehen, vor dem Rösten der Kastanie dieselbe mit einem Schnitt zu versehen und dadurch kam es zu starker Dampfentwicklung und der Explosion beim Aufbeissen auf die Kastanie. HECHT.

d) Diphtherie und Croup.

58) **Lambotte. Bakteriologie der Diphtherie. (Bactériologie de la diphthérie.)** *Le Scalpel. 28. September 1913.*

Die Cultur muss nach Ansicht des Verf. noch durch andere Untersuchungen controlirt werden. Cultur im hängenden Tropfen; Untersuchung auf Neisser'sche Körnchen, deren Anwesenheit häufig die Virulenz anzeigt, multiple Färbungen. Das Criterium ist immer die Untersuchung auf Toxicität, die nach Römer durch Injection der Mikroben in die Bauchhaut des Meerschweinchens gemacht wird. Ist der Bacillus toxisch, so Röthung und Infiltration — die specifische Reaction.

PARMENTIER.

59) **C. J. van der Loo. Diphtheriebekämpfung durch die Schule.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 7. S. 516. 1913.*

Mittheilungen über eine Epidemie in Zaandam. Untersuchung der Kinder in der Klasse, in welcher in kurzer Zeit zwei Fälle vorkamen, Desinfection der Klasse, Evacuation der Bacillenträger erwies sich als genügend wirkungsvoll, wenn auch eine Bekämpfung ausserdem in den Familien sehr wünschenswerth ist.

VAN GILSE.

60) **Oskar David. Acute primäre diphtherische Lungenentzündung.** Mit 1 Curve und 4 Abb. Aus der med. Univ.-Klinik zu Halle a. S. (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ad. Schmidt). *Münchener med. Wochenschr. No. 42. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines Falles von primärer diphtherischer Pneumonie mit aufsteigender diphtherischer Bronchotracheitis bei einem 9jährigen Jungen, dessen Infectionsmodus nicht aufgeklärt werden konnte, der aber seinerseits mit seinen äusserst virulenten Bacillen drei Personen seiner Umgebung inficirte. HECHT.

61) **Schulz** (Greifswald). **Die Behandlung der Diphtherie mit Cyanquecksilber.** *J. Springer. Berlin 1914.*

In der vorliegenden Studie wird zuerst die Geschichte der Anwendung von Cyanquecksilber dargestellt, sodann die Frage erörtert, wie Cyan auf die oberen Respirationswege des gesunden Menschen einwirkt. Daran schliessen sich Erörterungen über Versuche an Thieren. Als Gesammtergebniss des über die Cyanwir-

kung bei Menschen und Thieren Bekannten zeigt sich, dass als Folge der auf Blausäure und Cyanquecksilber auftretenden Reaction alle Erscheinungen einer acuten Schleimhautentzündung sich entwickeln. Wo Heilserum als aussichtslos anzusehen ist oder wo seine Anwendung verweigert wird, soll Cyanquecksilber auch bei Mischinfectionen und bei der skarlatinösen Diphtherie seinen Dienst nicht versagen.

SEIFERT.

62) **Massini** (Basel). **Erschwertes Decanülement in Folge von Verbiegung der vorderen Trachealwand nach Tracheotomia sup. und Einfluss des Diphtherieserums auf die Zeit des Decanülements.** *Baseler Dissert. Verlag Karger. Berlin 1912.*

Zusammenfassung: 9 Fälle unter 138 Tracheotomien von 1895—1911. Die Ventilstenose ist oft eine verkannte Ursache erschwerten Decanülements. Ihre Entstehung wird oft bedingt durch zu kleinen oder extramedianen Trachealschnitt oder auch durch Decubitusstenosen (4 Fälle). Die Prophylaxe besteht in möglichst frühzeitiger Entfernung der Canüle. Dieselbe kann seit Einführung des Serums viel früher als vordem, oft schon nach 48 Stunden ohne Gefahr ausgeführt werden.

Die Therapie besteht seit der Anwendung des Serums in der Intubation. Verbietet sich dieselbe, so leisten Schornsteincanülen, besonders die von Schmieden angegebene Bougiecanüle, gute Dienste.

Nur in seltenen Fällen kommt es, wenn das Serum frühzeitig angewendet worden ist, zur Tracheotomie.

JONQUIÈRE.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

63) **J. Walker Wood. Studie über die gutartigen Kehlkopfgeschwülste an der Hand von acht Fällen. (Study of innocent growths of the larynx illustrated with eight cases.)** *The Laryngoscope. März 1913.*

Die von dem Verf. mitgetheilten Fälle haben einige Charakterzüge gemeinsam. Sie gehören alle mehr oder weniger zu dem vasculären Geschwulsttypus; in allen sind Zeichen vorhanden, dass in irgendeiner Periode ihres Wachsthums Blutungen stattgefunden haben (Hämatinpigment, Thrombosen); alle zeigen Zeichen von acuter oder chronischer Entzündung oder Oedem, welches nur ein späteres Stadium der Entzündung darstellen kann. Die Anwesenheit von Plasmazellen weist auf chronische Entzündung. Die sorgfältigste bakteriologische und mikroskopische Untersuchung ergab keine pathogenen Organismen. Verf. berichtet über 7 Fälle.

Verf. zieht für die Entfernung der Geschwülste die indirecte Methode vor, weil sie für den Patienten bequemer ist. Die Galvanocaustik ist nur von Nutzen bei kleineren Geschwülsten und hat den Nachtheil, das Präparat für eine pathologische Untersuchung ungeeignet zu machen.

EMIL MAYER.

64) **F. Roux. Die Angiome des Kehlkopfes. (Des angiomes du larynx.)** *Dissert. Toulouse 1912.*

Mittheilung von vier Fällen. Bei dem ersten Fall sass das haselnussgrosse

Angiom auf der Spitze des linken Aryknorpels und wurde mit der heissen Schlinge entfernt. Bei den übrigen 3 Fällen ging das Angiom vom Stimmband aus.

OPPIKOFER.

65) **Z. Wurmfeld** (Szombathely, Ungarn). **Laryngocele Virchowi.** *Gyogyászat. No. 16. 1913.*

Accidenteller Befund bei einem Falle von Lues. Halsumfang 34 cm, bei der Inspiration 36 cm, kann auf 42 cm aufgeblasen werden. Kehlkopfbefund unbrauchbar, der Verf. ist kein Laryngologe. POLYAK.

66) **Lubliner. Tumor sub chorda sinistra post tentamen suicidii.** *Medycyna. No. 27. 1913.*

Aus dem Röntgenogramm ist ersichtlich, dass der Thyreoidknorpel in dessen unterem Theile von aussen eingeschnitten wurde und in das Kehlkopflumen hineinragt. Dieser hineinragende Theil wurde mittels einer Schlinge entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

67) **Zuccardi Merli. Ueber einen Fall von spontaner Ausstossung eines grossen Kehlkopfpolypen. (Sopra un caso di espulsione spontanea di un voluminoso polipo laringeo.)** *Arch. ital. di otologia. Vol. XXIV. Fasc. 3. 1913.*

Es handelte sich um eine Schwangere, die bei einem heftigen Hustenstoss eine fleischige Masse auswarf, die, wie die laryngologische Untersuchung ergab, höchst wahrscheinlich auf dem rechten Stimmband an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel inserirt hatte. Die histologische Untersuchung gab das Bild eines gewöhnlichen Larynxpolypen mit hyaliner Degeneration. CALAMIDA.

68) **M. Pauncz** (Budapest). **Directe Laryngoskopie zur Entfernung der Kehlkopfpapillome.** *Verh. des Königl. Aerztevereins in Budapest. No. 13. 1913.*

Das Verfahren wurde in sechs Fällen angewendet. Narkose ist dabei unentbehrlich. POLYAK.

69) **O. Chiari** (Wien). **Papilleme im Larynx der Kinder.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 39. 1913.*

Verf. behandelt das Vorkommen und die Diagnose dieser Erkrankung und erwähnt schliesslich bezüglich der Behandlung, dass man zunächst versuchen soll, intralaryngeal nach Bepinselung mit Cocain mittels indirecter Laryngoskopie zu operiren eventuell mittels der directen Laryngoskopie in Narkose. Bei Stenosen muss natürlich zunächst tracheotomirt werden, doch räth der Autor, die Thyreotomie und noch mehr die Laryngotomie möglichst zu unterlassen. HANSZEL.

70) **Richard H. Johnston. Grosses Papillom der Epiglottis durch Fulguration beseitigt. (Large papilloma of the epiglottis removed by fulguration.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Die Application der Funken geschah in energischer Weise durch das directe laryngoskopische Rohr hindurch. Nach zwei derartigen Sitzungen war das Aussehen des Larynx normal. Verf. betrachtet durch die Fulguration „das Problem

der Behandlung multipler Papillome beim Kinde als gelöst". Er meint, dass auch dann, wenn bereits die Tracheotomie gemacht ist, man auf diese Weise leicht dazu komme, den Patienten von der Canüle zu befreien.

EMIL MAYER.

71) J. A. Stucky. **Bericht über einen ungewöhnlichen Fall von multiplen Papillomen des Kehlkopfs, welche Tracheotomie und Thyreotomie erfordern. (Report of an unusual case of multiple papilloma of the larynx, necessitating tracheotomy and thyreotomy.)** *Lancet. Clinic. Mai 1913.*

Verf. berichtet über einen 14jährigen anämischen Knaben mit erschwerter Athmung. Untersuchung des Kehlkopfs unter Cocain zeigte eine grosse blumenkohlartige Geschwulst im oberen Theil des Kehlkopfs. Durch ein Jackson'sches Rohr wurde ein grosses Stück von dem Tumor entfernt. Da die Athmung stillstand und es stark blutete, so wurde die untere Tracheotomie gemacht und wieder die directe Methode angewandt. Nach Entfernung eines weiteren Stückes zeigte sich, dass der übrig bleibende Theil des Tumors an dem Stimmbande sass. Die Entfernung dieser Geschwulstmasse stellte sich als unmöglich heraus und es wurde 24 Stunden später die Thyreotomie gemacht. Die linke Hälfte des Schildknorpels war in der Geschwulst aufgegangen („involved" ? Red.) und sie wurde entfernt. Der übrigbleibende Rand des Knorpels wurde an die Haut genäht und eine Tracheotomiecanüle eingelegt, die nach vier Tagen wieder entfernt wurde. Nach drei Wochen wurde der Patient anscheinend gesund aus dem Krankenhause entlassen. Sechs Wochen später kam er wieder mit einer Geschwulst an der anderen Seite des Larynx. Es wurden jetzt täglich local im Larynx Alkohol applicirt und zwar mit 25 pCt. beginnend und alle zwei Tage um 5 pCt. steigend bis 80 und 90 pCt. Es trat augenscheinlich Heilung ein.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

72) Mocrulski. **Ein Fall von Larynxkrebs mit verhornter Oberfläche. (Rak krtani o powierichni zrogowacialej.)** *Medyc. No. 52. 1913.*

Demonstration: Beide und besonders das rechte Lig. aryepiglott. präsentiren sich als wulstförmig. Das rechte falsche Stimmband hat die Gestalt eines Knopfes von einer weissgrauen, trocknen, unebenen harten, nichtblutenden Oberfläche angenommen.

A. v. SOKOLOWSKI.

73) F. Détourbet. **Beitrag zum Studium des secundären Kehlkopfkrebses. (Contribution à l'étude des cancers secondaires du larynx.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Der secundäre Kehlkopfkrebs ist selten und entsteht durch Uebergreifen eines Krebses von der Umgebung auf den Kehlkopf oder, wenn das primäre Carcinom vom Kehlkopf weit entfernt ist, auf dem Blut- oder Lymphwege. D. nimmt auch an, dass bei Bestehen eines Carcinoms der Mundhöhle, des Pharynx, der Speiseröhre und des Magens der secundäre Kehlkopfkrebs auch durch einfache Inoculation zu Stande kommen könne und zwar dadurch, dass beim Schlucken oder beim Brechen Krebszellen in den Kehlkopf aspirirt werden und nun durch kleine Verletzungen der Schleimhaut in dieselbe eindringen.

Zusammenstellung der betreffenden Fälle aus der Literatur.

OPPIKOFER.

74) **A. G. Tapia** (Madrid). **Die Gluck'sche Operation zur Totalexstirpation des Larynx in Localanästhesie. (La operation de Gluck — estirpacion total de la laringe — bajo anestesia local.)** *Revista espanola de laringologia. Septbr. 1913.*

T. operirt in Localanästhesie mit Novocain-Suprareninlösung. Er spritzt die Lösung ein, bevor er die Hautschnitte macht; applicirt während der Operation auf die schmerzenden Stellen Cocainlösung und umgiebt die beiden N. laryng. sup. mit in Cocainlösung getränkten Wattestückchen. Er erreicht auf diese Weise eine vollkommene Anästhesie.

GARCIA VICENTE.

75) **Silverio Hernandez** (Madrid). **Vorzüge der Gluck'schen Methode bei der totalen Larynxexstirpation. (Ventajas del metodo de Gluck en la laringuectomia total.)** *Revista ebero-americano di ciencias medicas. November 1913.*

Verf. basirt seine Betrachtungen auf 25 Fälle, die er von Tapia hat operiren sehen, davon 12 nach dem Gluck'schen Verfahren. Er rühmt als Vorzüge des letzteren: Grössere Sicherheit gegen Bronchopneumonie und Mediastinitis, Bewahrung der Vitalität der ersten Trachealringe; Möglichkeit, auch tracheotomirte Patienten zu operiren etc.

GARCIA VICENTE.

76) **Rueda** (Madrid). **Die Hemilaryngektomie von der Seite her. (La hemilaringectomia por via lateral.)** *Archivos de laringologia, otologia y rinologia. August 1913.*

Mittheilung zweier nach des Verf. Methode operirter Fälle. Diese Methode besteht darin, dass eine verticale Incision längs des Randes des Sterno-Cleido und zwei horizontale im Niveau der Membrana thyreo-hyoidea und des ersten Trachealrings gemacht werden; der weitere Lauf der Operation ist derselbe wie bei der gewöhnlichen Hemilaryngektomie. Verf. glaubt, dass man mittels dieser Methode besser die seitlichen perilaryngealen Drüsen entfernen und so einem Recidiv vorbeugen könne. Auch könne man durch die seitliche Drainage die Tracheitis, die durch das Wundsecret hervorgerufen wird, vermeiden.

GARCIA VICENTE.

77) **Dan McKenzie. Laryngektomie nach vorhergehender Tracheotomie wegen Kehlkopfkrebs. (Laryngectomy subsequent to tracheotomy for epithelioma of the larynx.)** *Lancet. 2. August 1913.*

Eine Beschreibung einer neuen Methode der Fixirung der Trachea bei der Laryngektomie. Ein 52jähriger Mann musste wegen Dyspnoe, die nach Probeexstirpation eines Stückes von einem Larynxcarcinom auftrat, tracheotomirt werden. Einen Monat später wurde die Laryngektomie in der gewöhnlichen Weise vorgenommen; nur wurde die untere querverlaufende Wunde offen gelassen und das obere Ende der Trachea, das in ihr lag, zugenäht, so dass die Wundsecrete nicht in dieselbe einfliessen konnten, die Tracheotomiecanüle wurde an ihrer ursprünglichen Stelle liegen belassen. Als nach drei Wochen das obere Ende der Trachea sich wieder geöffnet hatte, indem die Nähte aufgegangen waren, wurde die Canüle hier eingelegt und man liess die ursprüngliche Tracheotomiewunde sich schliessen. Auf diese Weise wird vermieden, dass Secrete vom Pharynx in die Trachea fliessen und andrerseits ist keine Gefahr, dass der Tracheotomie-

stumpf, wie bei der gewöhnlichen Methode, locker wird. Gegen die Methode lässt sich nur einwenden, dass die endgültige Trachealöffnung die Neigung hat, sich zu schliessen, da sie in einer granulirenden und sich contrahirenden Wunde liegt und dass so das permanente Tragen einer Canüle nöthig ist. A. J. WRIGHT.

78) **Lazarrega** (Madrid). **Eine Modification in der Technik der Laryngektomie. (Una medificacion en la tecnica de la laringectomia.)** *Archivos de rinologia, laringologia y otologia. November 1913.*

Bericht über einen Fall von Larynxexstirpation wegen maligner Erkrankung nach dem Verfahren von Perier, modificirt von Dan Makenzie; die Modification besteht darin, dass das obere Ende der Trachea zugenäht wird und der Kranke durch die Tracheotomiecanüle athmet; das obere Ende der Trachea wird wieder geöffnet, wenn die Vernarbung aller Operationswunden vollendet ist.

GARCIA VICENTE.

79) **V. Porcile. Ueber zwei Fälle von Laryngektomie. (Sopra due casi di laringectomia.)** *La Clinica chirurgica. 1913.*

Im ersten Falle musste ausser dem Larynx auch ein grosser Theil des Pharynx, eine Tonsille und das Gaumensegel, der Mundboden und die Zungenbasis entfernt werden. Patient ging an Pneumonie zu Grunde.

Im zweiten Falle war das Resultat ausgezeichnet. Die Krankengeschichte und der objective Befund hatten zu der Diagnose einer malignen Neubildung geführt, jedoch zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass es sich um eine tuberculöse Geschwulst handelte. CALAMIDA.

80) **E. B. Waggett. Postcricoidcarcinom. (Post cricoid carcinoma.)** *Internat. med. Congress zu London 1913. Sect. XV.*[1])

Gewöhnlich mird in vorgeschrittenen Fällen nicht unterschieden, ob das Carcinom im Oesophagus oder Hypopharynx begonnen hat; nach Ansicht der britischen Laryngologen sind die letzteren Fälle sehr häufig und bilden ein einheitliches klinisches Krankheitsbild.

Die Fälle kommen meist erst im vorgerückten Stadium zum Arzt. Solange nicht der Oesophagusmund und die Muskulatur ergriffen ist, sind keine Schluckschmerzen vorhanden und wird das Allgemeinbefinden nicht erheblich beeinträchtigt. Ein erheblicher Theil der Kranken sind Frauen im mittleren Lebensalter (unter 6 Frauen waren 4 unter 34 Jahre alt).

Es handelt sich fast stets um Plattenzellenkrebse, die zuerst an der Oberfläche sitzen; während dieses Stadiums haben sie verhältnissmässig geringe Malignität und wachsen langsam.

W. vertritt die Ansicht, dass die Entfernung des Hypopharynx mit oder ohne Exstirpation des Larynx nicht so furchtbar sei, dass man sie dem Patienten nicht

1) Dieser Vortrag konnte wegen verspäteten Eingangs des Manuskripts in unserem Congressbericht nicht berücksichtigt werden und wird daher an dieser Stelle referirt. Red.



zumuthen könne. Die Gefahr der Schluckpneumonie kann, wenn der Larynx mitexstirpirt wird, durch Fixation der Trachea vermieden werden; bleibt der Larynx erhalten, so lässt man nach Trotter die Tracheotomiecanüle eine Woche nach der Operation liegen. Verf. verfügt über mehr als ein Dutzend Fälle mit septischen Erscheinungen, hat aber keinen Fall daran verloren. Er hält die Wunde unter constantem Einfluss von Wasserstoffsuperoxydlösung und legt Werth auf häufiges und sorgfältiges Verbinden.

Auch in den Fällen, wo keine Hautplastik gemacht wurde, um den verloren gegangenen Theil des Pharynx zu ersetzen und wo es zur Fistelbildung kam, zeigten die Theile eine bemerkenswerthe Tendenz, sich spontan zu schliessen. W. führt einige dies illustrirende Fälle an. Auch Stricturen traten nicht ein.

Nach der Statistik von Gluck und Soerensen waren in den Fällen von Recidivbildung diese selten local, sondern ging meist von den Drüsen aus. Die Zukunft der Hypopharynxoperationen hängt von der gründlichen Entfernung der Drüsen und der frühzeitigen Diagnose ab.

Die Symptome (localer Schmerz beim Leerschlucken, ausstrahlende Schmerzen in der Ruhe, Empfindlichkeit bei Druck des Ringknorpels gegen die Wirbelsäule und das charakteristische laryngoskopische „hahnenkammartige" Aussehen hinter den Aryknorpeln mit oder ohne Oedem der letzteren) können zur Diagnose führen, die Hypopharyngoskopie und die Schwebelaryngoskopie sind dabei sehr werthvoll.

FINDER.

81) **Levy** (Wiesbaden). **Bemerkung zum Aufsatz Toreks „Laryngektomie mit beigefügter Gastrostomie".** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 5. 1914.*

In einem Falle von Laryngektomie, in welchem die Pharynxnaht undicht wurde, legte Levy wie Torek eine Magenfistel an mit dem besten Erfolge.

SEIFERT.

82) **E. Fränkel. Anatomisch-röntgenologische Untersuchungen über die Luftröhre.** *Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XXI.*

Zur Darstellung des Trachealllumens stellte Verf. an der Leiche Ausgüsse der Trachea her. Er verwandte zu diesem Zweck eine Mischung von Hartparaffin und Eisenoxyd, die in flüssigem Zustand in die Trachea eingegossen wurde. Ihren Vortheil vor den bisher verwandten Mischungen (Ross'sches Metallgemisch und Simmonds'scher Gipsbrei) sieht der Verf. darin, dass das leichte Paraffin am wenigsten an der Trachealwand zerrt oder auf die Wand drückt. Der Einguss erfolgte, nachdem die Trachea in Verbindung mit dem Oesophagus, dem Kehlkopf und mit der Schilddrüse herauspräparirt und an der Zunge aufgehängt worden war. Die so gewonnenen Präparate wurden mit Röntgenstrahlen photographirt und nach Spaltung der Trachea der Paraffinausguss zum Vergleich beigezogen.

Das Resultat ist folgendes: Die Längenmaasse stimmen im Wesentlichen mit den bisherigen Befunden überein (Durchschnittslänge für Männer 14,5, für Frauen 12,5 cm). In der Form konnte jedoch Verf. physiologische Engen nachweisen, die bisher wenig beachtet wurden: die eine entspricht der Höhe der Schilddrüse, die andere den anliegenden grossen Arterien (Anonyma und Aorta).

Der Aorteneindruck liess sich in $^1/_5$, die Anonymafurche in $^1/_7$ der Fälle, die Schilddrüsenfurche stets nachweisen. Durch „Excesse der physiologischen Engen" kann, auch ohne pathologische Veränderung in den anliegenden Organen, eine Deformirung in Gestalt der idiopathischen Säbelscheidentrachea entstehen, die sich speciell bei Männern über 50 Jahren nicht zu selten findet.

Von pathologischen Verhältnissen wird auf die Compression durch Struma, in sagittaler Richtung durch Thymuscompression und Lungenemphysem hingewiesen. Erweiterungen der Trachea hat Verf. nicht gesehen.

Ueber die Verkalkung und Verknöcherung der Knorpelringe lässt sich keine Gesetzmässigkeit aufstellen. ALBRECHT (BERLIN).

83) **A. Réthi** (Budapest). **Ueber eine neue Methode der Röntgenphotographie des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Orvosi hetilap. No. 47. 1913.*

Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden. POLYAK.

84) **K. M. Menzel** (Wien). **Zur Frage der Kehlkopf- und Luftröhrenverlagerung bei Veränderungen der Thoraxorgane.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Verf. beschreibt einen klinisch gut beobachteten und durch Autopsie gestützten Fall von ungewöhnlicher Verlagerung des Larynx und der Trachea, bei welchem die Dislocation durch einen carcinomatösen Process in der Lunge durch Combination von Tumorbildung und Schrumpfung hervorgerufen wurde. Das Ungewöhnliche besteht darin, dass neben der Schiefstellung der Trachea noch eine Dislocation des Larynx über die Mittellinie hinaus statthatte nach der der Zugrichtung entgegengesetzten Seite. Auf Grund von Leichen- und Phantomversuchen muss man in solchen Fällen neben der primär dislocirenden Ursache noch einen raumbeengenden Process auf der Seite der Trachealverziehung annehmen, welcher das Laryngotrachealrohr nach aufwärts und nach der entgegengesetzten Seite aus dem Thoraxraum zu drängen im Stande ist. W. SOBERNHEIM.

85) **Killian** (Berlin). **Ueber die Syphilis der Luftröhre und der Bronchien.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2301. 1913.*

Die bisherigen Darstellungen sind unvollkommen, weil sie der Grundlage der directen Besichtigung am Lebenden entbehren. Hierin schafft die directe Bronchoskopie Wandel. K. berichtet über 12 von ihm untersuchte Fälle (Granulationen oder Narbenstenosen, flache Ulcerationen in der Trachea, an der Bifurcation, hauptsächlich im rechten, aber auch im linken Bronchus). In vielen Fällen lässt sich eine erfolgreiche locale Behandlung ausführen (Bougirung von Stenosen).

Nicht selten ist auch die Lunge erkrankt (Bronchitis, Bronchiektasien, Bronchopneumonien, interstitielle Pneumonie). In einem Falle starke Schrumpfung der rechten Lunge, die durch Behandlung der Granulationsstenose sehr gebessert werden konnte. ZARNIKO.

f) Schilddrüse.

86) **Clement F. Theisen. Acute Thyreoiditis als eine Complication acuter Tonsillitis. (Acute thyroiditis as a complication of acute tonsillitis.)** *New York state journal of medicine. December 1913.*

Die Patienten des Verf.'s waren alle junge Frauen und Mädchen. Ein Punkt von besonderem Interesse ist, dass zwei von den Kranken seit ihren Anfällen von acuter Thyreoiditis einen ausgesprochenen Kropf bekommen haben. Zwei andere hatten Anfälle von Hyperthyreoidismus mit all den typischen Symptomen, die sich bald nach den Anfällen von acuter Tonsillitis und Thyreoiditis entwickelten.

Das Hauptsymptom der acuten Thyreoditis sind Schluckschmerzen; diese Dysphagie ist die Folge einer Compression des Oesophagus und sie ist am ausgesprochensten, wenn die Schwellung des linken Schilddrüsenlappens sehr stark ist, weil der Oesophagus zu dem linken Schilddrüsenlappen die nächste Beziehung hat. Verf. hat jedoch den Eindruck, dass, wenn man die Fälle von acuter Thyreoiditis genau studiren würde, man finden würde, dass in manchen Fällen die acute Thyreoiditis wenigstens zum Theil durch die acute Angina bedingt wird, die der Thyreoiditis oft vorausgeht.

Die acute Thyreoiditis ist von einer mehr oder weniger acuten Congestion und Schwellung der Schleimhaut der oberen Luftwege begleitet; die ebenfalls häufige Dyspnoe ist bedingt sowohl durch die Compression der Trachea seitens der Schilddrüse wie durch die Congestion der Trachealschleimhaut.

EMIL MAYER.

87) **J. Hollós** (Szeged, Ungarn). **Der tuberkulöse Ursprung der Basedow'schen Krankheit.** *Budapesti orvosi ujsáq. No. 23. 1913.*

Verf. konnte bei 33 Fällen von Basedow 25 mal Lungentuberculose nachweisen. Mit Spengler's J. K. wurden 26 Fälle behandelt, davon heilten zehn Fälle und 15 wurden gebessert. Verf. nimmt an, dass auch andere Arten von Infection die Function der Schilddrüse stören und Thyreose verursachen können, hält es aber für sicher, dass in der Aetiologie der Thyreose der Tuberculose die Hauptrolle gebührt. Daher soll jeder Fall sorgfaltig auf Tuberculose untersucht werden, manchmal kann die Aufklärung nur durch die vollführte specifische Kur gewonnen werden. Die Anschwellung der Schilddrüse ist auf Tuberculose stets verdächtig und ist nicht selten das erste Symptom dieser Krankheit. Specifische Kuren sind unentbehrlich und können oft die operative Behandlung entbehrlich machen.

POLYAK.

88) **Wissmer-Kowarsky** (Genève). **Die bösartigen Geschwülste der Schilddrüse. (Les tumeurs malignes du corps thyroide.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 1. 1914.*

33 Fälle. Schlüsse: Es giebt keine primären Plattenepithelcarcinome. Die Ansichten Langhans' von der grossen Zahl verschiedener Arten bösartiger Epithelialgeschwülste der Schilddrüse glaubt Verfasserin eher als verschiedene Varianten einer Form deuten zu sollen. Die Carcinome sind häufiger

als die Sarkome, welche ihrerseits auch manche Varianten aufweisen. Die Carcinome verdanken ihre Variabilität den verschiedenen Circulationsverhältnissen der Patienten. Sichere Unterscheidung zwischen Sarkom und Carcinom bietet nur das Mikroskop.

JONQUIÈRE.

89) **E. Quéméner. Beitrag zum Studium der Mischtumoren der Schilddrüse mit Knochen- und Knorpeleinlagerung. (Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du corps thyroïde à stroma ostéo-cartilagineux.)** *Dissert. Bordeaux. 1911.*

Die Mischgeschwülste mit Knochen- und Knorpeleinlagerung sind selten. Q. konnte nur 8 Fälle in der Literatur auffinden. Er theilt im Anschluss an diese Fälle eine eigene Beobachtung mit. Es handelt sich meist um Leute vorgerückten Alters und um weibliche Individuen.

OPPIKOFER.

g) Oesophagus.

90) **Friedrich Neumann** (Wien). **Die Operation des Oesophagusdivertikels.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Wiedergabe zweier Krankengeschichten von Patienten, die mit bestem Erfolge nach der Goldmann'schen Methode an der Chiari'schen Klinik operirt wurden (Freilegung des Divertikels, Ligirung an der Basis, Drainirung der Wunde nach aussen. Abstossung des nekrotischen Divertikels durch die granulirende Wunde). In Fall 1 war das Divertikel theils wegen Kleinheit der äusseren Wunde, theils wegen frischer Adhäsionen nicht zu entfernen; in Fall 2 musste es, da es nicht nekrotisch wurde, mit einem Scherenschlag abgetrennt werden. In beiden Fällen normale Deglutination nach der Operation (Röntgentafeln).

W. SOBERNHEIM.

91) **R. de Josselin de Jong. Polypöse Geschwülste der Speisewege.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 25. S. 1874. 1913.*

Ausser Geschwülsten im Darm werden 2 grosse polypöse Carcinome des Oesophagus besprochen, welche bei der Section gefunden wurden. In einem der Fälle wäre operative Entfernung mit der Schlinge sehr gut möglich gewesen, besonders da der Stiel frei war von Carcinomgewebe.

VAN GILSE.

92) **M. Gayduschek** (Budapest). **Fibrolysin zur Behandlung der Oesophagusstrictur.** *Gyogyászat. No. 52. 1913.*

Mässiger Erfolg in einem Falle, 6 Monate nach der Aetzlaugenvergiftung. Der Fall ist werthlos, da er ösophagoskopisch nicht untersucht wurde.

POLYAK.

93) **Depage. Chirurgische Behandlung der Narbenstenosen des Oesophagus. (Traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Académie royale de médecine de Belgique. 25. October 1913.*

Die von oben her durchgängigen Stenosen lassen sich durch einfache Verfahren (Oesophagotomia interna, Elektrolyse, Dilatation) mit oder ohne Controle durch die Oesophagoskopie beseitigen. In den von oben her nicht durchgängigen

Stenosen muss der retrograde Catheterismus nach vorhergehender Gastrotomie gemacht werden. Die Sonde wird von der Magenwunde nach oben bis in den Mund vorgeschoben; an ihrem oberen Ende wird ein dicker Seidenfaden befestigt und dieser durch den Oesophagus und die Magenwunde herausgezogen. An dem Faden werden Elfenbeinoliven von steigender Grösse angebracht und durch Hin- und Herziehen desselben die Dilatation bewirkt. Verf. verfügt über zwei mittels dieser Methode mit gutem Erfolg behandelte Fälle. PARMENTIER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Moure und **Brindel. Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez.** 2. édition. Oct. Doin et fils Editeurs. Paris 1914.

Dieses Lehrbuch, das die Autoren als praktischen Führer durch die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfs, der Ohren und der Nase bezeichnen, stellt die Praxis unserer Specialität so dar, wie sie an der von Professor Moure geleiteten Klinik geübt wird. Man findet im ganzen Buch kaum ein Capitel, das nicht den persönlichen Stempel der Autoren trägt. Der Neuling in der Specialität kann das Buch nur gebrauchen, wenn er in der Klinik die Manipulationen des Meisters sieht und die den Text ergänzenden Lehren hört. Alles ist knapp mitgetheilt und manchmal ist die Beschreibung einer Operation einfach durch die Abbildung des betreffenden Instrumentes ersetzt. Sapienti sat. Dieser Sapiens ist der erfahrene Specialist. Mit welchem Interesse wird er das Buch nicht durchblättern, sondern von Anfang bis zu Ende lesen! Hier findet der Erfahrene vereint, was Moure in seinen vielen Einzelarbeiten und Discussionsbemerkungen auf Congressen zerstreut veröffentlicht hat. Die Thyreotomie nach Moure, der paranasale Schnitt zur Eröffnung der Nasennebenhöhlen, die Tracheolaryngostomie, die Paraffinbehandlung der Ozaena, das Eperotom nach Moure und vieles anderes rückt da vor dem Leser auf, der noch in Erinnerung die ersten diesbezüglichen Veröffentlichungen ihres Autors hat. Aber wissen viele, dass Moure einer der ersten war, der das Cocain in Frankreich erprobte und der erste war, der das Extract der Nebennieren in der Rhinologie verwendete? Um von geringeren Vorzügen auch zu sprechen, müssen auch die vielen Receptformeln besonders erwähnt werden, die gerade der Praktiker mit Freuden begrüssen kann und die er sich zu eigen machen soll. Experto credas!

Bei dieser ausgeprägten Eigenheit des Buches kann es nicht ausbleiben, dass viele Oto-Rhinologen auf Grund ihrer eigenen Praxis mit den Autoren nicht in Allem übereinstimmen dürften. Namentlich unter den Otologen dürften sich solche finden, die manches anders gesagt hätten. Unsere Autoren weichen überall dem Hypothetischen aus und bringen nur, was sich in ihrer Praxis bewährt hat. So kommt es, um nur einige Beispiele zu wählen, dass die Beschreibung der Totalexstirpation der Mandeln einfach unterdrückt ist, die Extraction der Fremdkörper aus den Bronchien hauptsächlich auf dem Wege der unteren Bronchoskopie empfohlen wird, die Killian'sche Operation als Ausnahmemethode der Radicaloperation der Stirnhöhle erwähnt wird u. s. f.

Auch die Eintheilung des Buches weicht vielfach von der Schablone ab. Das Buch beginnt mit den Krankheiten des Mundrachens. Hierauf folgen die Erkrankungen des Oesophagus. Die Erkrankungen des Kehlkopfes und der Trachea werden gemeinsam behandelt, während für Nase, Nasenrachenraum und Nasennebenhöhlen je ein gesondertes Capitel reservirt ist. Den Schluss bildet die Otologie. Ueberall ist das Nothwendigste aus der Anatomie der betreffenden Region vorausgeschickt, wobei z. B. die Beschreibung der topographischen Anatomie der Nebenhöhlen als ein Muster der Uebersichtlichkeit hingestellt sein mag.

Eine grosse Zahl von Figuren (410), von denen einige in Farben, begleiten den Text. Insofern, als sie hauptsächlich die von Moure benutzten Instrumente derstellen, sind sie eine nothwendige Zugabe des Buches. Erwähnen wir nur vorübergehend, dass der Preis des Buches ein für deutsche Verhältnisse unbekanntes Minimum darstellt (Fr. 10). Lautmann.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 11. Juli 1913.

Schoetz demonstrirt einen 50jährigen Patienten, bei welchem er vor 25 Jahren eine sehr bald geheilte acute Laryngitis und geringen Schiefstand der Glottis von rechts vorn nach links hinten constatirt hatte und welcher jetzt, ohne dass in der Zwischenzeit irgend eine Behandlung des Kehlkopfs stattgefunden hätte, folgenden Zustand aufweist: Der linke Sinus pyriformis und die angrenzende Vallecula ist prall ausgefüllt von einem etwa hühnereigrossen, platten, mit normaler Schleimhaut überzogenen, gelblich durchscheinenden Tumor, der die linke Hälfte der Epiglottis so weit nach rechts gedrängt hat, dass sie fast das rechte Ligam. aryepiglottic. erreicht und man nur mühsam in der Tiefe neben der rechten Stimmlippe eine ganz schmale Glottis und hinten ab und zu den rechten Aryknorpel zu erkennen vermag. Ebenso war das Kehlkopfbild bei einer gelegentlichen Untersuchung, die Sch. vor 15 Jahren bei dem Pat. vorgenommen hatte. Es ist erstaunlich, wie sich der seinem Berufe nachgehende Pat. mit dem geringen Luftquantum, das ihm die schmale Glottis ermöglichte, abzufinden gelernt hat. Ueber die Aetiologie und das Wesen des Tumors kann Sch. nichts Sicheres sagen. Die Röntgenuntersuchung war resultatlos. Er neigt zur Annahme eines weichen Fibroms oder Cyste.

Killian erinnert dieser Fall an eine vor 3 Jahren beobachtete kugelige Cyste im rechten Taschenband, die sich nach dem rechten Sinus pyriformis vorwölbte. Bei Druck auf dieselbe kamen zähe gelatinöse Massen heraus. Um den ganzen Inhalt leichter herauspressen zu können, trug K. ein Stück von der Cystenwand mit der Doppelcurette ab. Die Cyste ist darauf geschrumpft und gut verheilt, so dass man später nichts mehr davon wahrnehmen konnte.

Albrecht hat bei einem anderwärts angeblich wegen Diphtherie tracheotomirten Kinde wegen erschwerten Decanülements die directe Laryngoskopie ausgeführt, wobei sich die Stimmlippen frei zeigten, dagegen das Lumen des subglottischen Raumes durch Granulationen verengt. Beim Versuche, die

Granulationen zu entfernen, stiess er auf einen harten Gegenstand. Nach Einführung des Rohres sah man den Fremdkörper in der Trachea tanzen, nach der Entfernung präsentirte er sich als ein Stück einer Nussschale. Bei dem Versuche der Extraction hatte sich der Fremdkörper aus seinen Granulationen gelockert und war in die Trachea aspirirt worden.

H. J. Wolff zeigt einen Patienten, welchen ein Stück einer zersprungenen Schmirgelscheibe von einer Schleifmaschine gegen die Wange in die Gegend des rechten äusseren Augenwinkels traf. Die Wundheilung dauerte 6 Wochen; es wurden mehrere Knochensplitter entfernt. Es blieb aber ein taubes Gefühl in der Backe zurück und es traten Schmerzen auf, sowie Schwellung des Augenlids, sowie auch in letzterem eine Fistel, aus welcher Eiter floss. Bei Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina zeigt sich erstere von Granulationen ausgefüllt und im hinteren Winkel lagen noch 2 Stücke der Schmirgelscheibe, welche die Lücken des grossen Stückes genau ergänzten. Die Wundheilung ging glatt von Statten und die Beschwerden sind geschwunden.

Hölscher demonstrirt an einem 50jährigen Manne einen in der Trachea auf dem Sporn der Bifurcation befindlichen ausgedehnten Tumor, der mit seinem freien Rande in den rechten Bronchus hineinhängt und breitbasig den Eingang zum linken Bronchus nahezu ausfüllt. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Carcinom. Seinen Ausgangspunkt konnte er nicht feststellen, vermuthet aber, dass der Oesophagus der primäre Sitz desselben sei.

Stephan stellt zwei Patienten vor, bei denen wegen Carcinom die Laryngektomie gemacht worden ist. Bei dem ersten zeigte sich eine starke Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Stimmlippe und ein mässiges Infiltrat vom Proc. vocal. bis zur vorderen Commissur. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Bei dem zweiten Patienten ergaben wiederholte Untersuchungen nichts Malignes und nach Monaten sprachen trotz negativen mikroskopischen Befundes die klinischen Erscheinungen so sehr für Carcinom, dass daraufhin laryngektomirt wurde. Hierbei zeigte sich, dass ein ausgedehntes Carcinom der rechten Seite vorlag.

Heinemann demonstrirt mehrere mikroskopische Präparate von chronisch entzündeten Speicheldrüsen: Das eine von einem fibrösen Tumor der Parotis, der ein halbes Jahr nach einer Parotitis epidemica entstanden war. Die weichen Knoten zeigen sich mikroskopisch im Wesentlichen aus Bindegewebe bestehend, das Drüsengewebe ist vollständig zu Grunde gegangen. Ein zweites Präparat stammt von einer Sublingualis. Hier ist der entzündliche Reiz von der Kapsel aus eingedrungen, ausgehend von einem grossen Speichelstein, welcher im benachbarten Ductus Whartonianus lag. Mikroskopisch findet man bindegewebige Stränge, welche von der Kapsel in das Gewebe ziehen, ausserdem Rundzellenanhäufungen. Ein drittes Präparat stammt von einer durch 15 Jahre hindurch schmerzhaften und geschwollenen Submaxillaris, auch die Mündung des Ausführungsganges war geschwollen. Mikroskopisch nur Rundzelleninfiltration um die grösseren Speichelgänge und Gefässe. Das Drüsengewebe ist nahezu vollständig intact.

Weingaertner zeigt einen von ihm extrahirten Angelhaken, den eine Frau vor 3 Wochen verschluckt hat. Derselbe lag mit dem gekrümmten Theil im Oesophagusmund und hatte sich in letzteren mit dem Widerhaken eingespiesst. Die Zange wurde am convexen Theil angelegt und so extrahirt. — Ferner zeigt W. einen Knochen, der $1^1/_2$ Jahre in einem Larynx gesteckt hat. Derselbe zeigte sich als glänzend weisser Körper in der Medianlinie des Larynx unterhalb der vorderen Commissur in Granulationen eingebettet, auch waren an der Hinterwand des Larynx Granulationen, in denen der Knochen verschwand. Starke Athemnoth, Larynxlumen stark verengt. Der Knochen konnte auf indirectem Wege extrahirt werden. Von Interesse sind die Röntgenbilder, welche vor und nach der Extraction gewonnen wurden. Vor derselben zeigte sich in der Gegend des hinteren Schildknorpelrandes eine unregelmässige Doppelcontour, die als seitlich nebeneinander projicirte Verknöcherungsbilder aufzufassen sind. Dass diese Schattendoppelcontour auf den Fremdkörper zurückzuführen ist, ergiebt sich daraus, dass in dem Bilde nach der Extraction die Doppelcontour nicht mehr vorhanden ist und nur noch am hinteren unteren Schildknorpelrand eine normale Verknöcherungszeichnung zu erkennen ist. — W. demonstrirt noch einen Patienten, bei dem ein grosser Knochen im Oesophagus festsass; nach Verabreichung von Bariumsulfat stagnirte letzteres oberhalb des Fremdkörpers, wie das Röntgenbild zeigt. Die Extraction war schwierig, weil die Oesophagusschleimhaut um den Fremdkörper herum entzündlich geschwollen war. W. fasste den Fremdkörper mit der Zange, liess durch einen Assistenten einen kräftigen Zug daran ausüben, während er selbst kreisförmige Bewegungen mit dem Rohrende ausführte und dasselbe dabei langsam zurückzog. Hierdurch wurde die geschwollene Schleimhaut zur Seite gedrängt und eine Einklemmung derselben zwischen Rohr und Fremdkörper vermieden.

Claus demonstrirt die Moulage eines Falles von tödtlich endender Osteomyelitis im Anschluss an eine Nebenhöhlenoperation. Der Fall betraf ein Mädchen non 27 Jahren, bei welcher C. schon vor 10 Jahren ein Oberkieferempyem diagnosticirt und von einer Alveole aus geöffnet hatte. Patientin erschien alle paar Jahre und wurde auf die Nothwendigkeit einer Radicaloperation hingewiesen, zumal auch ausserdem ein Empyem der Stirnhöhle diagnosticirt wurde. Patientin liess sich nicht operiren und erschien erst wieder im Februar d. J. mit einer Schwellung der ganzen rechten Wangenseite, die über die Stirnhöhlengrenze hinaufreichte und auch nach dem Jochbogen zu sich erstreckte. Es wurde sofort Oberkieferhöhle und Stirnhöhle radical operirt und das Siebbein ausgeräumt. Während die Nebenhöhlen ausheilten und die Narben fest und reactionslos blieben, stellten sich auf dem Schädeldach subperiostale Abscesse ein, welche ausgedehnte Knochenresectionen erforderten. Streptokokken im Eiter. Einspritzung von Antistreptokokkenserum. Nach scheinbarer vorübergehender Besserung erlag Patientin einer Lungenmetastase. Die Erkrankung hat ca. $3^1/_2$ Monate gewährt.

Killian hat in 2 Fällen von fortschreitender Osteomyelitis des Stirnbeins nach Stirnhöhlenoperation ebenfalls ausgedehnte Resectionen ohne Erfolg gemacht.

Kramm berichtet über einen Fall von Osteomyelitis der platten Schädelknochen nach einer endonasalen Nebenhöhlenoperation bei einem Patienten mit Ozaena. Trotz mehrfacher Resectionen konnte der Exitus nicht abgewendet werden.

Killian hat in seinen beiden Fällen beobachtet, dass der Ausgangspunkt des Leidens diejenige Stelle am Processus frontalis des Oberkiefers ist, wo man bei seinem Verfahren quer durchmeisselt. Auf diese Stelle müsse besonders von Anfang an geachtet werden.

Killian macht weitere Mittheilungen über eine vor längerer Zeit vorgestellte Patientin mit einseitiger Adductorenparese, deren Aetiologie unklar geblieben ist. Den Einwand, dass ein mechanisches Hinderniss die Ursache sein könnte, hat K. durch wiederholte Untersuchungen, insbesondere durch die Hypopharyngoskopie, entkräftet. Zur Erklärung zieht K. die von Rothmann ausgeführten Experimente der Durchschneidung des obersten Halsmarkes heran, wonach dieser eine längere Zeit sichtbare Adductorenparese beobachtet hat. K. ist jedoch mit R. der Meinung, dass die Durchschneidung der Vorder- und Hinterstränge keinerlei motorischen Ausfall bedingen konnte. Die sensible absteigende Vaguswurzel aus dem Fasciculus solitarius, welche in die graue Marksubstanz zieht und bei den Experimenten durchschnitten wurde, kann selbstverständlich zu der Muskelparese nicht in Beziehung stehen. Nach einiger Zeit ist die Parese bei Killian's Patientin zurückgegangen und jetzt ist normale Adduction vorhanden. K. hält den Fall auch z. Z. in seiner Aetiologie unaufgeklärt.

In dnr Discussion äussert Grabower die Möglichkeit, dass bei den Rothmann'schen Experimenten die vorübergehende Adductorenlähmung durch Verletzung einiger adductorischer Fasern des aus dem Foramen jugulare austretenden Vagus bei Gelegenheit der Abtragung der obersten Halswirbelsegmente entstanden sein könnten. — Was den Killian'schen Fall, den auch er nicht für geklärt hält, anlangt, so stellt G. aus der Erinnerung fest, dass die Lähmung der linksseitigen Adductoren nur eine partielle gewesen sei, so zwar, dass die Stimmlippe ca. $^2/_3$ des Weges von der Inspirationsstellung zur Medianlinie anstandslos adducirt wurde und nur für die letzte Strecke die Adduction stockte. K. bestätigt, dass keine complete Adductorenlähmung bestanden habe, behauptet jedoch, dass die Stimmlippe nur „eine kleine Strecke weit" nach innen sich bewegte. Die Annahme einer Verletzung von Adductorenfasern im Rothmann'schen Experiment hält K. für unwahrscheinlich, weil dieselbe doch wohl nicht bei allen Experimenten eingetreten sein dürfte.

Killian stellt ferner eine Patientin vor, mit einer basalen extracraniellen multiplen Hirnnervenlähmung in Folge von Lues. Gelähmt sind der rechte Vagus, Glossopharyngeus, Hypoglossus. Es besteht rechtsseitige Recurrenslähmung, sowie Lähmung des rechten Laryng. sup., Pharynx, Velum- und Zungenlähmung rechts, Lähmung der rechten Epiglottishälfte und Beeinträchtigung des Geschmacks. Die rechte Stimmlippe steht in einer ganz extremen Abductionsstellung und zeigt concave Ausschweifung ihres Randes. Mit Recht bezieht K.

diese weit über die Cadaverstellung hinausgehende Position der rechten Stimmlippe auf den fehlenden adductorischen Einfluss des M. thyreocricoideus.

Sitzung vom 17. October 1913.

Killian stellt ein 10jähriges Mädchen vor, welchem er eine Metallhülse aus dem rechten Bronchus in Narkose und in Schwebelaryngoskopie durch sein Rohr von 7 mm Durchmesser vermittelst der Krallenzange entfernt hat, nachdem 8 Tage vorher die Hohlkörperzange erfolglos angewendet war. Letztere war, wie sich durch eine beigebrachte Nachbildung des Fremdkörpers ergab, deshalb nicht anwendbar, weil das Lumen zu klein war und überdies die Blechhülse einen seitlichen langen Schlitz hatte und die Zange beim Spreizen die Hülse so stark weitete, dass die Zange nicht angreifen konnte.

J. H. Wolff stellt einen 22jähr. Patienten vor, dem vor $1^3/_4$ Jahr durch einen Schuss in die rechte Schläfe die Kugel im Orbitalgewebe links stecken blieb. Ophthalmoskopisch: descendirende Atrophie des rechten Opticus und Augenmuskellähmung rechts und links. Sehschärfe links normal. Durch Eröffnung der Kieferhöhle, Abmeisselung des lateralen und vorderen Theils des Orbitalbodens, konnte die Kugel mit einer Zange aus der Orbita entfernt werden. Die Augenmuskellähmung ist geblieben, die Sehschärfe hat sich rechts trotz der Atrophie verbessert.

Killian demonstrirt an einem Patienten den verbesserten Schwebeapparat. Die Verbesserung besteht im Wesentlichen in dem von Albrecht angewendeten Princip zur Verhinderung des Herausrutschens des Spatels, den Aufhängepunkt senkrecht über das Ende des Spatels, eventuell noch darüber hinaus zu verlegen. Ausserdem hat er den Zungenspatel verlängerbar eingerichtet. Um die neue Aufhängeart zu ermöglichen, hat K. seinen Haken mit einem Gelenk versehen. Das Gelenk lässt sich mittelst Flügelschraube nach dem Princip der Schraube ohne Ende verstellen. Man stellt am besten das Instrument von vornherein so, dass der Aufhängepunkt senkrecht über dem Spatelende sich befindet, es folgt dann die genauere Einstellung durch Drehen an der Schraube. Der neue Zungenspatel besteht aus zwei Theilen, einem festen, der bis in die Valeculae vorgeschoben wird und einem beweglichen, mit dem man den Kehldeckel emporhebt. Danach wird er mittelst einer Schraube fixirt.

Lautenschlaeger theilt die Ergebnisse seiner Kieferhöhlenplastik mit. Von 88 operierten Fällen heilten 71 ohne weitere Nachhilfe, in 16 Fällen musste die Operation einmal wiederholt werden, in einem Falle blieb eine Fistel zurück.

Das Nähere über die Methode ist einzusehen im Sitzungsbericht der Laryng. Gesellschaft vom 17. Oct. 1913 in der Berl. klin. Wochenschr.

Sitzung vom 14. November 1913.

Claus zeigt mehrere Moulagen einer Erkrankung an Noma der Wange, welcher ein 27jähriges Mädchen erlag, in den verschiedenen Entwickelungsstufen der Krankheit. Letztere begann mit einem kleinen blauschwärzlichen Bläschen, welches sich bald vergrösserte, es trat Schwellung ein, hierauf nahm

der Verfall, begleitet von sehr üblem Geruch, sehr bald zu, bis Patientin durch eine intercurrirende Schluckpneumonie von ihrem Leiden erlöst wurde.

A. Proskauer demonstrirt Präparate von chromatophoren Zellen mit melanotischem Pigment aus der Nasenhöhle eines 25jähr. Mannes mit Rhinitis atrophica non foetida. Dicht am Septum und lateralwärts davon auf dem Nasenboden rechts befand sich je ein kleiner Polyp, ebenso auf dem linken Nasenboden. Die Nasenschleimhaut im Ganzen zeigte eine etwas bräunliche Färbung. Auf dem Schnitt zeigen die Polypen eine grosse Zahl mit polymorphen Ausläufern versehene Zellen, die angefüllt sind von feinkörnigen und gröberen Partikeln gelblich-braunen Pigments. In diesen Zellen fand sich stets ein heller, rundlicher, verschiedenartig gelagerter Kern. Zum Beweise, dass es sich hier nicht um ein Blutpigment, sondern um ein echtes melanotisches handelte, wurde der Nachweis erbracht, dass das Pigment eisenfrei war, dass es nicht die Gmelin'sche Reaction auf Hämatoidin gab, dass es resistent gegen Schwefel und Salzsäure und in heissen Laugen leicht löslich war.

A. Proskauer macht ferner Mittheilung von einem plötzlichen Todesfall während einer Localanästhesie mit Alypin bei gleichzeitig bestehender einseitiger Nebennierentuberculose.

Nast demonstrirt ein 10jähr. Mädchen, bei dem man in der linken Wange zwischen den Weichtheilen eine haselnussgrosse, prallelastische Geschwulst fühlt, welche verschieblich ist und einige concrementähnliche Verdickungen durchfühlen lässt. Bei Neigen des Kopfes nach der linken Seite füllt sie sich, beim Aufrichten des Kopfes geht sie allmählich zurück. Wenn das Kind die Nacht auf der linken Seite gelegen hat, reicht die Geschwulst Morgens bis zum Augenlide hinauf; sie schimmert nicht bläulich durch. N. hält dieselbe für ein cavernöses Lymphangiom und hofft durch Alkoholinjectionen sie zum Rückgang zu bringen.

Fernando Perez spricht über seinen schon vor 12 Jahren als Erreger der Ozaena von ihm bezeichneten Coccobacillus, dessen Wesenheit neuerdings im Wiener biologischen Institut von Kraus durch Dr. Hofer nachgeprüft worden ist. Die Ergebnisse waren: Reinculturen des Bacillus auf das Kaninchen intravenös geimpft ergaben dickes Secret in der Nase und Einschmelzung der vorderen beiderseitigen Muscheln. Auch Einreibungen der Cultur in die Nase ergaben starke Secretion und beginnenden Schwund der Muscheln. Bei Giftprüfung mit einem sterilen Infiltrat einer Bouilloncultur gingen die Tiere nach 2—3 Tagen zu Grunde, die vorderen Partien der Muscheln waren blutig infiltrirt. Ein specifisches Immun-Kaninchenserum agglutinirte den zugehörigen Stamm, und zwar diesen allein. — Hoffentlich werden Nachuntersuchungen, welche im Gange sind, diese schönen und für die Aetiologie der Ozaena grundlegenden Ergebnisse bestätigen.

Im Anschluss hieran theilt Hofer (Wien) seine Ergebnisse mit, welche er bisher mit der Vaccination aus Culturen des Coccobacillus Perez gehabt hat. Nach der Vaccination tritt starke Secretion der Nasenschleimhaut (Schnupfen) ein und die Borken lösen sich. Wie lange das Ausbleiben der Borkenbildung und des Gestankes ausbleibt, kann H. wegen der bisherigen, erst kurzen Anwendungs-

zeit noch nicht sagen, jedoch in 2 Fällen hält die Besserung schon einige Zeit an, so dass die bisher arbeitsunfähigen Patienten ihre Arbeit wieder haben aufnehmen können.

Sitzung vom 12. December 1913.

Heinemann stellt einen Patienten mit einem grossen Aneurysma der Aorta ascendens vor. Der Larynx zeigt eine chronische Stauungslaryngitis, keine Recurrenslähmung. Die vordere Trachealwand prominirt. Durch Drehung des Larynx um seine senkrechte Axe steht die Glottis schief. Entsprechend den Angaben Menzel's für ähnliche Fälle ist auch hier der Zwischenraum zwischen dem Pomum Adami und dem linken Sternocleidomastoideus geringer als rechts. Auch weicht die Trachea etwas nach der rechten Seite ab.

Hieran anschliessend theilt Schoetz mit, dass er kürzlich in einem ähnlichen Falle durch das andrängende Aneurysma eine vollkommene Luxation des sternalen Claviculaendes nach vorn hat eintreten sehen, so dass man dasselbe frei hin und her bewegen konnte.

Scheyer stellt einen Patienten vor mit einer Cyste, welche den ganzen linken Zungengrund einnimmt.

Killian zeigt eine Verbesserung seines Schwebespatels, um dem Uebelstande zu begegnen, dass die Zunge von beiden Seiten sich vorwölbt und die Aussicht in die Tiefe versperrt. Er hat am Spatel seitlich 2 Flügel angebracht, die man durch einen Schlüssel aufstellen kann und die in jeder Stellung fixirt bleiben.

Ferner hat Killian ein mehrfach operirtes Rachencarcinom mit Mesothorium und Röntgenstrahlen behandelt und Schrumpfungen erzielt. Ferner behandelte K. ein Kehlkopfcarcinom in Schwebelaryngoskopie, wobei das Mesothoriumpräparat dem Carcinom eine Stunde lang genähert blieb und nach zwei Sitzungen günstige Veränderungen zeigte, freilich wird nach jetziger Sachlage die Operation nicht umgangen werden können.

Einen weit günstigeren Erfolg weisen 3 Fälle von Lymphosarkom auf. Zwei von ihnen zeigten einen apfelgrossen Tumor an einer Tonsille, nach mehreren Sitzungen waren die Tumoren geschwunden und die glatten Tonsillen sichtbar. In einem dritten Falle wuchsen zwei von den Tonsillen ausgehende Tumoren, die sich als maligne Lymphome erwiesen, gegeneinander, und auch hier trat eine eclatante Wirkung ein. Die Präparatenkapsel wurde in die entsprechenden Geschwülste hinein versenkt, nachdem mit einem Troicart in die Geschwulst hineingestochen war.

L. Halberstaedter macht darauf aufmerksam, dass gerade die Lymphosarkome sich durch eine ganz auffällige Radiosensibilität auszeichnen, die es ermöglicht, schon durch verhältnissmässig kleine Strahlenmengen Erfolge zu erzielen. Bei den Tonsillentumoren können wir überdies diejenige Methode aussuchen, welche die besten Chancen bietet, das Versenken der Strahlensubstanz in die Geschwulst. Wir können dann mit möglichster Ausnutzung aller aus der Kapsel austretenden Strahlen arbeiten, wir brauchen die weichen Strahlen nicht abzufiltern, wie wir das thun müssen, wenn wir durch gesundes Gewebe hindurchgehend in die Tiefe wirken wollen.

A. Blumenthal weist in seinem Vortrage „Anatomische Erfahrungen über die Rachentonsille" auf eine Anzahl für die Adenotomie wichtiger Hindernisse hin, welche oberhalb der Wirbel an der Pars basilaris des Schädels sitzen. Bei der Durchsicht einer grossen Anzahl von Schädeln fand B. eine Reihe von Exostosen in dieser Gegend, abgesehen von dem zuweilen stachelförmig ausgebildeten Tuberculum pharyngeum. Ausserdem kann der Processus condyloideus gegen die Pars basalis so stark und spitz vorspringen, dass das Ringmesser sich in dem auf diese Weise gebildeten Winkel verfangen kann. Bei der Messung des Winkels, den der hintere freie Vomerrand zur Pars basilaris bildet, und für welche B. die Bezeichnung „äusserer Basalwinkel" vorschlägt, fanden sich Grössen zwischen 76 und 124°. Je kleiner dieser Winkel ist, desto mehr wird er durch eine Rachenmandel verlegt, desto leichter die Nasenathmung beengt. Kleine Winkelgrössen finden sich gewöhnlich bei Schädeln mit kleinem frontooccipitalen Durchmesser. B. belegt diese Verhältnisse durch Demonstration einer grösseren Anzahl guter Röntgenbilder.

Grabower hält einen Vortrag „Zur Inactivitätsatrophie der Kehlkopfmuskeln". Auf Grund einer grossen Zahl von Präparaten aus einem von ihm bearbeiteten Lähmungsfalle von 21jähriger Lähmungsdauer, verglichen mit den Resultaten aus einem früher von ihm mitgetheilten Falle von 4monatiger Lähmungsdauer und unter Heranziehung der diesbezüglichen Ergebnisse der Thierversuche stellt er den Fortlauf, das Nacheinander der Vorgänge bei der Degeneration functionell gelähmter menschlicher Muskeln fest und fasst alle Degenerationsvorgänge unter einen gemeinschaftlichen ätiologischen Gesichtspunkt zusammen, welcher im Wesentlichen in sich ausbildenden Circulationsstörungen bis zum Oedem besteht. Daneben weist G. aber auch nach, dass der Mangel an Contractionen an der Degeneration nicht unbetheiligt ist. Die Arbeit muss im Original nachgelesen werden. Sie wird nach kurzer Zeit im Archiv für Laryngologie erscheinen.

Grabower.

---

c) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XXIX. Sitzung. Cöln, 21. April 1912.

Anwesend 44 Mitglieder.

Hopmann II: Ueber Phonasthenie und Uebungen zu ihrer Heilung.

H. strebt zunächst an, einen freien Vocalton einzuüben. Der Phonastheniker darf vor Allem nicht räuspern. Nach Erlernung der richtigen Sprech-Singathmung werden Vocalübungen, beginnend mit O, vorgenommen; es folgt die Verbindung der einzelnen Vocale mit den Consonanten, dem sich monotones Lesen u. s. w. anschliesst; Aussetzen der Berufsthätigkeit während der oft mehrere Monate in Anspruch nehmenden Uebungszeit ist meistens nothwendig.

Ricker weist auf den Einfluss der Nebenhöhlenaffectionen, durch die die Resonanz der Stimme leidet, hin und empfiehlt bei Phonasthenikern diesbezügliche Untersuchung.



Vohsen hält es für besonders wichtig, Rede-Phonasthenikern darauf aufmerksam zu machen, dass sie in zu hohen Stimmlagen sprechen (bei erhobener Stimme meistens eine Quart höher).

Hansberg: Demonstrationen.

1. Schwarze Kaffeebohne, von einem 5jährigen Knaben aspirirt.

Dieselbe wurde durch partielle Laryngofissur mit Durchtrennung des Lig. conicum, Ringknorpels und obersten Trachealknorpels entfernt, 8 Wochen nach der Aspiration. Symptome: Stridor, Husten, diffuse Bronchitis. Der Fremdkörper war durch directe Laryngoskopie festgestellt worden.

2. Bei einem $1^1/_2$ Jahre alten Kinde wurde durch totale Laryngofissur eine Eierschale von 3 mm Durchmesser aus dem linken Ventrikel entfernt. Schluss der Wunde durch Naht, Heilung nach 2 Monaten.

3. Nasenrachenfibroid, das den Nasenrachenraum grösstentheils ausfüllte, entfernt von der Nase aus mit der Schiffer'schen Zange. H. spricht sich gegen Voroperationen und conservative Methoden aus; er hat bisher 6 typische, breitbasig aufsitzende Nasenrachenpolypen beobachtet und nach seiner Methode von den natürlichen Wegen aus entfernt, meistens in einer Sitzung und ohne erhebliche Blutung.

4. Vorstellung eines 65 Jahre alten Mannes, bei dem vor 2 Jahren wegen Carcinoms die halbseitige Kehlkopfexstirpation vorgenommen wurde. Durch Schleimhautplastik (zur Deckung des Defectes im Kehlkopfinnern wurde die abpräparirte Schleimhaut der hinteren Wand des rechten Aryknorpels mit der des Sinus pyriformis vernäht) hat sich eine Schleimhautfalte gebildet, die bei der Phonation sich nach der Medianlinie bewegt und durch Berührung mit dem gesunden Stimmband eine kräftige Stimme ermöglicht.

H. zieht seine Methode der Gluck'schen Hautplastik vor, zumal mit derselben auch ein sofortiger äusserer Verschluss des Kehlkopfes ermöglicht wird.

Discussion:

Manasse theilt mit, dass in Strassburg die Nasenrachenfibrome auch in einer der Hansberg'schen ähnlichen Methode entfernt werden.

v. Eicken operiert gleichfalls nach dieser Methode und war nur in einem Falle gezwungen, vorher das stark deviirte Septum submucös zu reseciren.

Auf Anfragen Schmidt's und v. Eicken's bemerkt H., dass er bei der Laryngofissur zunächst Allgemeinnarkose bis zur Eröffnung der Trachea, dann Localanästhesie anwendet. Bei dem Fall von Aspiration einer Eierschale war das Röntgenbild negativ.

Littaur berichtet über 2 Fälle von Nasenrachenfibromen. Im ersten war nach der Kocher'schen Methode von einem Chirurgen operirt (Durchsägung des Oberkiefers usw. usw.), Ausgang letal. Im zweiten Falle guter Erfolg durch Elektrolyse.

Kronenberg: Demonstration von 4 Nasenconcrementen, von denen sich drei um einen Kirschkern, das vierte um einen flachen Knopf gebildet hatten. Ferner zeigt K. 2 Bronchialconcremente, die in einem Zwischenraum von 12 Jahren von einem Patienten ausgehustet waren.

Auf Antrag K.'s soll von der Rheinischen Aerztekammer eine Beschwerde gegen die neue Krankenhaus-Bauordnung eingereicht werden, mit Rücksicht auf die Erschwerung des Baues von Privatkliniken.

Discussion:

v. Eicken erwähnt einen Fall von incrustirtem Kirschkern, der 50 Jahre in der Nase gesessen hatte, sowie einen Rhinoliten, den Thost 60 Jahre nach Einbringung eines Kirschkerns in die Nase extrahirt hat.

Vohsen theilt einen Fall von Kirschkern-Rhinolit mit, durch den Kieferhöhleneiterung und Neuralgie des Plexus brachialis entstanden war. Beseitigung der Beschwerden durch Entfernung des Concrements.

Ricker berichtet über einen Fall von Lungenstein bei einer alten Tuberculose. Aufhören der Beschwerden nach Aushusten des Steines.

Falk (Ems): Verwendung der Aethylchloridnarkose in der Hals-Nasen- und Ohrenpraxis.

Der Vorzug der Aethylchloridnarkose besteht im Fortfall der Abwehrbewegungen, im Fehlen des Operationsshocks sowie in der Ungefährlichkeit der Methode.

F. empfiehlt die Anwendung luftdurchlässiger Masken oder eines 6—8fach zusammengelegten Stückes Mull. Die Narkose wird am sitzenden Patienten, der nicht nüchtern sein soll, vorgenommen; die Menge des aufzuspritzenden Medicaments richtet sich in erster Linie nach dem Alter des Patienten. Die Narkose ist eingetreten, wenn Muskelerschlaffung, Convergenz der Augen und tiefe schnarchende Athemzüge beobachtet werden. Tritt bei kleinen Kindern inspiratorischer Stridor auf, ist die Narkose sofort zu unterbrechen, ebenso bei Hysterischen, die bei der Einatmung des Gases gleich zu schreien anfangen.

Manasse spricht sich gegen Allgemeinnarkose bei Paracentesen, Mandeloperationen etc. aus.

Schmidt findet keine Vorzüge der Aethylchloridnarkose vor dem Bromäther.

Löwenstein (Elberfeld) pflichtet den beiden Vorrednern bei. Er wendet bei den betreffenden kleinen Operationen Allgemeinnarkose nur auf Wunsch der Eltern an (Bromäther mit Esmarchmaske). Er erinnert daran, dass der Arzt, abgesehen von dringenden Fällen, bei Allgemeinnarkose stets eines zweiten Arztes benötige. (Strafrechtliche Folgen!)

Moses sieht auch in der Chloräthylnarkose, bei der auch unangenehme Excitationserscheinungen nicht immer fehlen, keine besonderen Vorzüge, zumal bei Anwendung der Tropfmethode die Gefahren bei Bromäther nicht grösser sind. Seiner Auffassung nach kann man bei kleineren Operationen, besonders der unter Umständen sehr schmerzhaften Paracentese, der Allgemeinnarkose doch nicht immer entrathen.

Bernd erinnert an die Herrenknecht'sche Maske, ein Drahtgestell mit Gazeüberzug und Gummikappe; in der Mitte befindet sich ein Loch, durch das das Chloräthyl gespritzt wird.

Falk (Schlusswort) bemerkt noch entgegen den principiellen Gegnern jeder Allgemeinnarkose, dass das Publikum oft Schmerzlosigkeit verlange und zu dem Arzt gehe, der ihm in dieser Hinsicht entgegenkomme.

Preysing: 1. Bericht über 4 weitere Fälle von Totalexstirpation des Kehlkopfs bei Carcinom.

Es handelte sich in 2 Fällen, die vorgestellt werden, um Hypopharynxcarcinome, bei denen 2 Wochen nach der Exstirpation Plastik vorgenommen wurde. 2 weitere Fälle endeten letal; auch in den beiden letzteren lag Hypopharynxcarcinom, das in den Kehlkopf hineingewuchert war, vor; beim ersten bestand ausserdem ein faustgrosses metastatisches Drüsenpacket an der rechten Halsseite, beim zweiten war ausserdem noch Epiglottis und Zungengrund zerstört; Carotis und Jugularis mussten in beiden Fällen auf der einen Seite mitresecirt werden. Im ersteren Falle Tod am 2. Tage durch Herzschwäche, im zweiten tödtliche Blutung aus der arrondirten Anonyma, Recidiv ins Mediastinum, Metastasen in der Lunge. Alle 4 Fälle gehören zu den malignen ektolaryngealen Carcinomen, bei denen kaum Dauererfolg zu erwarten ist (Metastasen!); die Aussichten bei den relativ gutartigen endolaryngealen sind wesentlich besser. P. empfiehlt dringend möglichst frühzeitige Operation und sorgfältigste Untersuchung behufs Feststellung der Diagnose; jedenfalls soll auch bei ausgedehnten Carcinomen, zumal wenn wegen Schluckbeschwerden oder Athemnoth Pharyngotomie oder Tracheotomie dringend nothwendig geworden ist, auch der Schritt weiter zur Totalexstirpation gemacht werden, zumal die Möglichkeit der Ausheilung doch nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

2. Zur Technik der Hypophysenoperationen.

P. hat bei seiner Operation den von Kuhn in der Monographie: „Die perorale Intubation" vorgeschlagenen Weg gewählt, der bisher am Lebenden noch nicht eingeschlagen wurde; es wurde zunächst der weiche Gaumen durch Querschnitt vom harten abgelöst, dann die hintere Hälfte der harten Gaumenplatte, ein Theil der Nasenscheidewand, der Vomer und die hinteren Enden der Muscheln resecirt; bei zurückgebeugtem Kopfe waren nun die Keilbeinhöhlen bequem erreichbar und konnte die hintere Wand derselben und der Grund des Türkensattels leicht abgetragen werden; es fand sich nur ein atrophischer Hypophysenrest, plattgedrückt durch Hydrocephalus des Infundibulums.

Bei dem 12jährigen, schwerste Symptome eines intracraniellen Leidens bietenden Patienten (Erblindung, schwerer Schwindel, Andeutungen von Akromegalie), hatte man bei der Diagnose auch das Vorhandensein eines Kleinhirntumors in Erwägung gezogen, die auch durch die Obduction bestätigt wurde; es handelte sich um ein grosses Gliom. P. empfiehlt seine Operationsmethode als verhältnissmässig bequem und ungefährlich und bemerkt, dass sie durch die Kuhn'sche Intubation wesentlich erleichtert werde.

Discussion:

Hansberg (Dortmund) bespricht die Notwendigkeit, dass auch äussere Larynxoperationen vom Laryngologen ausgeführt werden.

Bezüglich der Carcinomoperationen hält er auch die Totalexstirpation für ungefährlicher als die halbseitige Resection, glaubt aber, dass durch sorgfältige Tamponade die Gefahr der letzteren wesentlich zu vermindern sei.

Ferner Blumenfeld, Schickendantz. Moses.

---

d) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzung vom 12. März 1913.

Vorsitzender: Eugen Felix.
Secretär: L. Mayersohn.

Felix stellt ein junges Mädchen vor mit einer Talgcyste im rechten Vestibulum nasi. Schon als die Patientin 2 Jahre alt war, bemerkte die Mutter auf der Innenfläche des rechten Nasenflügels eine Geschwulst, die allmählich grösser wurde. Zur Zeit hat sie die Grösse einer Haselnuss und verlegt die betreffende Nasenhälfte völlig. F. hat die Absicht, den Tumor mit dem Balg zu exstirpiren. Er hat in der Literatur nichts über Talgcysten auf der Innenfläche des Nasenflügels berichtet gefunden.

Felix demonstrirt einen Rhinolithen. Der Patient hatte Kopfschmerzen, klagte über Appetitmangel und Abmagerung. Man sah im rechten unteren Nasengang eine schwärzliche Masse, die bei Sondirung sich hart anfühlte. Unter Localanästhesie wird ein Rhinolith exstirpirt (3 : 2 : 1 cm gross). Es stellte sich heraus, dass der Patient als Kind sich Wachs in die Nase gestopft hatte. Nach der Extraction verschwanden alle Beschwerden.

Mayersohn hat vor einigen Jahren bei einem 16jährigen jungen Mann einen Rhinolithen extrahirt. Dieser war so hart und gross, dass man eine veritable Lithotripsie machen musste, um ihn entfernen zu können; dennoch blieb ein sehr grosses Stück zurück, das von Neuman durch die Choane entfernt wurde.

J. Constantinescu berichtet über den Fall eines Soldaten mit einer suborbitalen Fistel, welche in den Sinus frontalis führte. Eröffnung der Stirnhöhle nach Laurens; Recidiv. Es stellte sich heraus, dass der bei der ersten Operation aus ästhetischen Rücksichten stehen gelassene Theil des Orbitalrandes cariös geworden war. Nach dessen Entfernung trat definitive Heilung ein.

J. Constantinescu berichtet über einen Serganten, der mit Vortreibung des einen Auges in das Militärspital aufgenommen wurde. Das obere Augenlid war in die Tiefe der Orbita retrahirt, ohne den Augapfel bedecken zu können. Der Grund dieser Retraction war, dass eine retrobulbäre Phlegmone sich spontan über dem Augapfel geöffnet hatte. Es wurde eine bogenförmige Incision im inneren Augenwinkel gemacht, die Siebbeinzellen von hieraus ausgeräumt und durch den cariösen Boden der Stirnhöhle in diese eingedrungen; die Höhle wurde curettirt, dann die ebenfalls erkrankte Kieferhöhle von der Fossa canina aus nach Sebileau operirt.

Neuman berichtet über eine zweimal wegen einer Kieferhöhleneiterung mit Persistiren einer spontan entstandenen Fistel operirte Kranke. Sie ist in Wien



nochmals an Kiefer- und Siebbeinempyem operirt worden; die Fistel besteht aber noch und zeigt keine Tendenz zur Heilung.

Sitzung vom 2. April 1913.

Vorsitzender: Eugen Felix.
Secretär: L. Mayersohn.

Costiniu: Kehlkopfpapillome.

Sitz der Geschwülste ist die laryngeale Fläche der Epiglottis und die Stimmbänder. Das 5jährige Kind soll laryngofissurirt werden.

Wachmann: Resection des Nerv. laryng. sup. wegen Dysphagie.

Vorstellung eines 46jährigen Pat. mit Kehlkopftuberculose, enormer Infiltration der Aryknorpel, ausgedehnten Geschwüren der Epiglottis, sehr heftiger Dysphagie. Es wurden zweimal Alkoholinjectionen gemacht; die erste hatte ein vier Tage, die zweite ein eine Woche dauerndes Resultat. Vor 5 Tagen hat H. auf beiden Seiten den N. laryng. sup. resecirt. Der Kranke kann ohne jede Beschwerde essen und trinken.

Wachmann: Kehlkopfgeschwulst.

65jähriger Mann; seit 3 Wochen blutiger Auswurf. Die rechte ary-epiglottische Falte ist infiltrirt und von ihr entspringt ein Tumor von der Grösse einer grossen Nuss, der das Lumen des Larynx verlegt. Der Tumor scheint ganz circumscript und operabel zu sein.

Sitzung vom 7. Mai 1913.

Vorsitzender: Eugen Felix.
Secretär: L. Mayersohn.

Costiniu: Tumor des Larynx zur Diagnose.

25jährige Frau, ohne vorausgegangene Erkrankungen, verspürt eines Tages eine Behinderung beim Athmen, die so zunimmt, dass sie nach 5 Tagen ins Krankenhaus gebracht und sofort tracheotomirt werden musste. Die Untersuchung ergab einen Tumor, der rechts zwischen Epiglottis und Stimmband sass und wahrscheinlich noch tiefer hinabreichte. Wassermann negativ. Keine Tuberkelbacillen. Histologische Untersuchung ergab einfaches entzündliches Gewebe.

Felix denkt an einen leukämischen Tumor und empfiehlt Blutuntersuchung.

Neuman denkt an Perichondritis a frigore.

Costiniu: Doppelseitige Resection des oberen Astes des Nervus laryng. sup. wegen Dysphagie in Folge Tuberculose.

40jähriger Patient, seit 6 Monaten Larynxtuberculose mit Dysphagie. Am 30. April Operation; das Resultat ist, dass er Flüssigkeiten und feste Speisen ohne Schmerzen schlucken kann.

Auch bei einem anderen Falle war das Resultat gut. Die Operation ist leicht und die Resultate überraschend.

Seligmann: Tonsillitis ulcerosa.

60jähriger Mann, der seit 5 Tagen über linksseitige Halsschmerzen klagt. Die linke Tonsille ist mit grossen kraterförmigen, tiefen Ulcerationen bedeckt, die linke Submaxillardrüse geschwollen.



Felix glaubt an Angina Vincenti oder Syphilis.

Orescu hält die Affection für gangränöse Tonsillitis.

Mayersohn: Transportable Acetylenlampe.

M. benutzt in seiner Sprechstunde Acetylenlicht und ist damit sehr zufrieden. Er hat sich einen transportablen Apparat construiren lassen, der $2^1/_2$ kg wiegt und für 10 stündige Beleuchtung Acetylen aufnehmen kann. Das Licht ist weiss, sehr intensiv, 30 Kerzen stark, ohne ultraviolette, für das Auge schädliche Strahlen. Der Preis beträgt 70 Fr., die Füllung kostet 2 Fr. L. Mayersohn.

---

e) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 23. Januar 1913.

Vorsitzender: Strömberg.

Häggström berichtete über einen Fall von rhinogenem Orbitalabscess, der letal durch Pyämie endete. Bei der Section zeigte sich, dass die linke Keilbeinhöhle von stinkendem, eingeschossenem Eiter voll war; die rechte kleinere Keilbeinhöhle war leer; der secundäre Abscess betraf die rechte Orbitalhöhle.

Sitzung vom 14. Februar 1913.

Vorsitzender: Stangenberg.

Norberg demonstrirte: 1. einen Fall von Tuberculosis linguae und berichtete über 2 Fälle von Gumma linguae; 2. einen Fall von einseitiger Pansinuitis, der nach der Operation geheilt war.

Discussion: Arnoldson berichtete über 2 Fälle von chronischen Ulcerationen in den oberen Luftwegen, welche die bekannte Schwierigkeit bestätigten, eine sichere Diagnose mit Rücksicht auf die Aetiologie der pathologisch-anatomischen Veränderungen zu stellen.

Sitzung vom 8. März 1913.

Vorsitzender: Laurent.

Witt demonstrirte einen Fall von Tuberculosis laryngis mit gutartigem Verlauf bei einer graviden Frau und referirte im Anschluss hieran die Arbeit von Kuttner über diese Frage.

Holmgren hielt einen Vortrag über die Physiologie der Tonsillen und referirte die verschiedenen Ansichten, die in der letzten Zeit in dieser Frage aufgestellt sind.

Sitzung vom 12. April 1913.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Arnoldson demonstrirte einen Patienten, der vor 4 Jahren wegen Stimmbandcarcinoms durch Laryngofissur operirt war; in der stimmbandähnlichen Narbe war jetzt ein Recidiv zu sehen.

Arnoldson berichtete über einige Fälle von schwereren Complicationen nach Tonsillektomie.



Norberg referirte einen Fall von Tonsillektomie mit tödtlichem Ausgang bei einem jungen Mädchen; für die Anästhesie wurde eine $^1/_2$ proc. Novocainlösung mit 8 Tropfen Suprarenin (1:1000) gebraucht. Die Section konnte die Todesursache nicht erklären. Discussion.

Holmgren demonstrirte einen Fall von Cancer des rechten Stimmbandes, der durch Hemilaryngektomie nach Gluck operirt war.

Holmgren berichtete über einen Fall von Fremdkörper in der Trachea, der nach Tracheotomie entfernt wurde.

Sitzung vom 27. September 1913.

Vorsitzender: Ek.

Bjerke demonstrirte einen operirten Fall von Mucocele der Nebenhöhlen der Nase bei einer 36jährigen Frau.

Arnoldson wurde für das kommende Jahr zum Schriftführer der Section erwählt.

Ericie berichtete über 2 Fälle von malignen Septumtumoren.

Holmgren berichtete über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus.

Sitzung vom 31. October 1913.

Vorsitzender: Holmgren.

Zum Vorsitzenden der Section wurde für das Arbeitsjahr 1913/14 Professor Gunnar Holmgren erwählt.

Arnoldson berichtete über einen Fall von Aneurysma der Carotis interna; durch Blutung von diesem Aneurysma bildete sich ein grosses Hämatom im Pharynx, welches einer acuten Peritonsillitis ähnlich war. Hohes Fieber mit Exitus letalis nach einigen Tagen. Bei der Section wurde ein wallnussgrosses Aneurysma auf der Basis cranii nebst einem grossen inficirten Hämatom im Schlund entdeckt.

Ek demonstrirte eine Dame, die ulceröse chronische Veränderungen im Schlund und Larynx zeigte, welche mit Jodbehandlung etwas gebessert waren. Aus Anlass dieses Falles, der von einer Poliklinik der Stadt kam, lenkte Ek die Aufmerksamkeit auf das Bedürfniss von unentgeltlicher mikroskopischer Gewebsuntersuchung.

Holmgren machte den Vorschlag, dass die Section durch ein Comité dahin arbeiten sollte, dass diesem Mangel abgeholfen werde.

Holmgren berichtete über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus, der durch Oesophagoskopie entfernt wurde.

Flodqvist berichtet über einen Fall von Angina mit Laryngitis gangraenosa bei einem Manne, der mit Hg behandelt wurde; die Affection wurde geheilt. Trotz bakteriologischer Untersuchungen konnte die Aetiologie des Processes nicht festgestellt werden.

Holmgren demonstrirte eine Frau mit nach chirurgischer Behandlung geheilter Larynxtuberculose; die Patientin hatte danach Partus glücklich durchgemacht.

Sitzung vom 28. November 1913.

Vorsitzender: Stangenberg.

Flodqvist berichtete über einen Fall von Angina gangraenosa bei einem Manne, der eine Hg-Behandlung durchmachte; der Fall endete letal. Die Section zeigte eine verbreitete Colitis und eine acute Degeneration des Nierenparenchyms.

Weinberg berichtete über einen Fall von Gaumenspalte mit einer enormen Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln.

E. Stangenberg.

---

f) Laryngological Section Royal Society of Medicin.

Sitzung vom 6. December 1912.

Vorsitzender: Herbert Tilley.

Tilley: 1. Patient, ein 73jähriger Admiral, war 15 Jahre zuvor von Sir Felix Semon wegen eines den vorderen Theil beider Stimmlippen einnehmenden Epithelioms des Larynx operirt worden. Es ging ihm bis vor 2 Monaten ganz gut; zu dieser Zeit traten Stridor und andere unangenehme Erscheinungen auf. T. machte nach vorausgegangener Tracheotomie die Spaltung des Kehlkopfes und entfernte ein grosses Stück nekrotischen Knorpels. Es trat schnell Heilung ein. Dieser Folgezustand einer Thyreotomie ist einzig in seiner Art.

2. Ein älterer Mann, bei dem eine sehr erhebliche Hyperplasie der Tonsille durch Galvanopunctur zum fast völligen Verschwinden gebracht worden war. Die Behandlung war in 3 Sitzungen erfolgt, und obwohl die Tonsille so gross war, dass sie die gegenüberliegende Seite des Pharynx und die Epiglottis berührte, verschwand sie fast völlig und wurde durch eine kleine fibröse Masse ersetzt. Es scheint, dass die Galvanopunctur mehr eine resorptive Wirkung hat, als dass sie das Gewebe activ zerstört.

Whale: Ein Fall von Branchialfistel.

29jähriger Mann, bei dem sich oberhalb der Schildknorpelplatte eine kleine Fistel fand, in welche die Sonde ein kleines Stück weit eindrang. Während und nach den Mahlzeiten besteht Secretion, die nicht Speichel ist; sie verwandelt nicht Stärke in Zucker und behält ihre Alkalität unbestimmt lange. Der Patient klagte darüber, dass das Secret die Wäsche beschmutze und die Fistel zuweilen auch Eiter absondere.

Davis räth zur Galvanocaustik oder Excision oder zur Anwendung von Chlorzink.

Howarth: 1. Struma des Zungengrundes,

Die Schilddrüse selbst war nicht palpabel. Entfernung der Geschwulst nach vorhergehender Laryngotomie. Die histologische Untersuchung ergab eine Kapsel



mit Schilddrüsengewebe; das Centrum des Tumors bestand aus einem Blutgerinnsel.

2. Fibrom des weichen Gaumens.

Bei demselben Patienten war 6 Monate vorher ein Papillom der Uvula entfernt worden.

Kisch: 6 Monate altes Kind mit cystischem Tumor im Nasenrachen.

Der Tumor drängt den Gaumen nach vorn. Es handelt sich um eine Meningocele; sie spannt sich, wenn das Kind schreit. Es bestehen keine sonstigen Abnormitäten.

D. R. Patterson: 1. Hühnerknochen aus dem Anfangsteil des Oesophagus entfernt.

2. Neues teleoskopisches Oesophagusrohr.

E. D. Davis: Fall von Hyperostosis cranii.

Vor 20 Jahren hat Watson-Cheyne ein Osteom von der vorderen Antrumswand entfernt. Die Patientin ist 43 Jahre alt.

Watson Williams: 1. 65jähriger Mann, bei dem im Jahre 1912 wegen Kehlkopfkrebs eine ausgedehnte Operation vorgenommen wurde.

2. Photographie einer jungen Frau, die das cosmetische Resultat seiner osteoplastischen Radicaloperation der Stirnhöhle veranschaulicht. Die Operation wurde vor einem Jahr gemacht. Es blieb nur eine leichte centrale Depression, welche durch Paraffininjection beseitigt wurde. Jetzt ist keine Spur von der Operation zu sehen.

M. D. Davis: 1. Ein Fall von Schussverletzung des Larynx.

22jähriger Mann. Eine Gewehrkugel war durch den Larynx hindurchgegangen und hatte die Stimmbänder weggerissen, so dass an Stelle der Glottis eine kreisrunde Oeffnung entstand.

2. Papillom, das vom Septum, Vestibulum und der unteren Muschel ausgeht und die Nasenhöhle verlegt.

40jähriger Mann. Die Geschwulst war sehr gefässreich, aber nicht bösartig.

3. Ein Stück Kaninchenknochen, mittelst Bronchoskops aus der Trachea eines 5 Jahre alten Knaben entfernt.

Es wurde Anästhesie dadurch erzielt, dass eine Spritze voll Aether in die Glutäen gespritzt wurde. Die Anästhesie war vollkommen. Diese Art der Narkose hat auch den Vortheil, dass nicht dem durch das Rohr schauenden Untersucher bei jedem Athemzug des Patienten etwas von dem Narcoticum ins Gesicht geblasen wird. Der Aether darf nicht in das subcutane Gewebe, sondern muss in die Muskeln gespritzt werden. Die Methode wird für ähnliche Fälle empfohlen.

J. F. O'Malley: Eine neue Form von Guillotine oder Tonsillotom für die Enucleation der Tonsillen.

Es handelt sich um eine Modification des Ballenger'schen Instrumentes, das wiederum eine Modification des Sluder'schen darstellt. O'Malley hat über 1000 Fälle mit befriedigendem Resultat damit operirt; die Blutung ist minimal.

Sitzung vom 10. Januar 1913.

Vorsitzender: Herbert Tilley.

Tilley: 1. Tuberkulöses Geschwür des rechten Stimmbandes, geheilt durch Galvanocaustik.

Es wurden in einer Sitzung drei Tiefenstiche in das Geschwür mittelst der directen Methode gemacht. Das Ulcus ist völlig geheilt und es besteht nur noch geringe Congestion des Taschenbands.

2. Präparat einer mittleren Muschel, in der die normalen Zellen durch einen gleichmässig festen Knochen ersetzt sind.

Graham: Cyste der Hypophysis, auf nasalem Wege operirt.

37jährige Frau. Erscheinungen von Erblindung, Kopfschmerzen, Incontinentia urinae, Schläfrigkeit etc. Am 12. November 1912 wurde unter intravenöser Aetherinfusion das Nasenseptum auf submucösem Wege entfernt, die Schleimhaut über der Vorderwand der Keilbeinhöhle nach oben geschoben, die Vorderwand und das Septum der Keilbeinhöhle entfernt, das Dach der Höhle eröffnet, wobei sich eine Quantität Flüssigkeit entleerte. 24 Stunden später war Patientin etwas aufgeregt und es bestand Polyurie. Nach 15 Tagen war ihr ganz wohl und alle Symptome waren verschwunden; nur das Sehvermögen ist noch beeinträchtigt, jedoch in der Besserung.

Colledge: Zwei Fälle von Kehlkopflähmung in Folge nucleärer Läsionen des Vagus.

Fall 1. 20jähriges Mädchen. Centrales Scotom des linken Auges, Parese des linken M. rectus externus, Parese der linken Hälfte des weichen Gaumens, Parese des linken Sternocleidomastoideus, Abductorlähmung des linken Stimmbandes. Wassermann negativ.

Fall 2. 7jähriges Mädchen, das wegen acuter Mastoiditis operirt wurde. Es bestand völlige Lähmung des linken Stimmbandes, dasselbe steht in Cadaverstellung und ist erschlafft, der Aryknorpel ist nach vorn gesunken; Lähmung des linken M. trapezius und Sternocleido; Atrophie und Lähmung der linken Zungenhälfte. Puls schwankt zwischen 120 und 146.

Die Diagnose lautet in beiden Fällen auf eine Läsion in der linken Hälfte der Medulla, wahrscheinlich tuberculöser Natur.

Badgerow: Angeborene Membran im Kehlkopf.

6jähriger Knabe. Man sieht zwischen dem vorderen Theil der Stimmbänder eine Membran ausgespannt. Die Athmung ist nicht beeinträchtigt.

E. A. Peters: Ungewöhnliche Beweglichkeit der Zunge.

35jährige Frau, die im Stande ist, ihre Zunge hinter dem weichen Gaumen zu verstecken.

Sitzung vom 7. Februar 1913.

Vorsitzender: Mark Hovell.

Hope: 1. Behandlung eines Sarkoms des äusseren Halses (secundär nach Tonsillarsarkom) mittelst Seleniolinjectionen.

25jähriger Mann. Die sarkomatöse Tonsille wurde nach präliminarer Laryngo-



tomie vom Munde enucleirt. Drei Monate später wurden Drüsenmetastasen constatirt. Es wurde 5mal je 3 ccm Seleniol in die Drüsenmasten injicirt. Drei Monate später waren alle Drüsen verschwunden. Patient fühlt sich wohl und hat an Gewicht zugenommen.

2. Kehlkopftumor mit Seleniol behandelt.

53jähriger Mann. Ausgedehntes Kehlkopfcarcinom. Der Allgemeinzustand des Patienten war so schlecht, dass nicht zur Laryngektomie gerathen werden konnte. Es wurden dreimal wöchentlich Injectionen von 3 ccm Seleniol in das tiefe Gewebe nahe der rechten Schildknorpelplatte gemacht. Nach der zweiten Injection fühlte Patient grosse Erleichterung, die Dyspnoe verschwand und er konnte ruhig schlafen. Er fühlte sich im Allgemeinen erheblich gebessert und sieht auch besser aus. Am 15. Januar konnte man mittelst directer Untersuchung eine grosse fungöse Masse sehen, die die rechte Seite der Epiglottis auf der laryngealen Fläche und den Aryknorpel einnahm und sich nach unten bis zur Glottis erstreckte; am 29. Januar war an Stelle der fungösen Masse ein grosses, ziemlich reines Ulcus vorhanden.

Seleniol ist ein elektrolytisches Colloid des Selen und kann subcutan, intravenös oder direct in den Tumor eingespritzt werden.

T. S. Layton: Syphilitische Kehlkopfstenose mit Verkalkung der Halsfascie.

Die Patientin ist von Symonds in der Sitzung der Laryngological Society vom 2. Juni 1899 vorgestellt worden.

Die ganze Vorderseite des Halses ist in eine harte Masse umgewandelt, Zungenbein, Schildknorpel und Ringknorpel sind nicht zu differenciren, sondern alles ist zu einer festen Masse umgewandelt.

In der Röntgenaufnahme giebt die Masse einen dichten Schatten. Es fragt sich, ob eine Verkalkung oder Narbencontraction vorliegt. Inspection des Larynx st zur Zeit wegen der Contraction des Halses nicht möglich.

O'Malley: 11jähriger Knabe mit Membranbildung in der vorderen Commissur in Folge Schussverletzung.

Schrotkörner prallten an einer Wand ab und schlugen in den Hals des Knaben. Er expectorirte Blut und war aphonisch; er ist noch heiser. Man sieht bei der Röntgenaufnahme vier Schrotkörner rechts vom Larynx und eines links von ihm.

Donelan zeigt ein combinirtes Tonsillotom-Tonsillectom. Das Instrument hat eine stumpfe Schneide zur Tonsillectomie und eine scharfe für die Tonsillotomie.

H. J. Davis demonstrirt: 1. Das Sluder'sche Tonsillectom.

2. Ein Fall von Ulcus rodens der Orbita.

Das Auge wurde enucleirt und die Aussenwand der Nase freigelegt; man sieht den Ductus nasofrontalis, die Siebbeinzellen, die Aussenfläche der mittleren und unteren Muschel.

3. Lupus der Zunge bei einem 14jährigen Knaben.

Es besteht Lupus auch der Nase, des Pharynx, des Nasenrachenraums, der Epiglottis und der Haut.

4. Vereiterte Kiefercyste bei einem 8jährigen Knaben.

5. Eine neue gezähnte Adenoidencurette.

Das Instrument ist von Dr. Leslie-Davis, Philadelphia, angegeben; die Schneide ist gezähnt. Wenn es nach der Vorschrift angewandt wird, giebt es ausgezeichnete Resultate.

Faulder: Fall von Leontiasis ossea.

Seit 3 Jahren Schwellung in der Nase und der linken Gesichtshälfte; Epiphora des linken Auges. Man sieht die Schleimhaut des Nasenbodens durch eine harte Schwellung in die Höhe gehoben. Bei Durchleuchtung linke Seite absolut dunkel, rechte Seite fast desgleichen. Röntgenaufnahme zeigt dichten Schatten links.

Peters: Fall von chronischem Pemphigus im Pharynx und auf der Haut.

Der Fall ist unter Arsen und Opium gebessert.

Harmer: Demonstration von Präparaten eines Falles von Antrumeiterung, verursacht durch Aspergillus fumigatus.

1. Drei Röhrchen mit dem Secret in verschiedenen Stadien. 2. Röhrchen, welches das Wachsthum auf Maltoseagar (Sabouraud's Nährboden) zeigt. 3. Photographien des Mycelium. 4. Photographien, welche die Sporenbildung zeigen. Die Patientin war eine Dame, die lange Jahre hindurch an Heufieber gelitten hatte.

Im November 1912 nach einer Ausfahrt Erkältung; fünf Wochen später schleimige Absonderung aus der rechten Nase und gelegentlich eine dicke Borke auf der Hinterwand des Rachens, letztere von braungelber Farbe. Patientin wurde ein- bis zweimal jede Nacht durch heftige Niesanfälle geweckt. Die rechte Seite der Nase wurde durch ödematöse Schleimhaut völlig verstopft gefunden. Die Nase enthielt grosse Mengen gelblichen Schleims, ebenso der Nasenrachen. Die rechte Oberkieferhöhle war dunkel. Der Allgemeinzustand war schlecht: Patientin klagte über gelegentliche Kopfschmerzen, Neuralgien am rechten Auge, Schlaflosigkeit. Die Oberkieferhöhle wurde von der Nase aus eröffnet. Bei der Ausspülung der Höhle zeigten sich, nachdem schon eine grosse Menge Flüssigkeit durchgespült war, kleine Fetzen einer bräunlichen Membran; schliesslich wurde die Spülflüssigkeit klar. Bei der bacteriologischen Untersuchung wurden zuerst nur gewöhnliche Staphylokokken gefunden, erst als auch Blutagarplatten angelegt wurden, zeigte sich ein reichliches Wachstum von Aspergillus fumigatus. Bei nochmaliger Untersuchung des ursprünglichen Secrets fanden sich auch die Mycelien. Für die nächste Zeit wurde die Höhle zweimal täglich gespült und grosse Mengen Schleim entleert, wobei gelegentlich wieder kleine Fetzen Membran zum Vorschein kamen. Es wurden die verschiedensten Lösungen, auch 75proc. Alkohol gebraucht, jedoch ohne Erfolg. Schliesslich wurde Jod innerlich gegeben und daneben sehr oft mit H_2O_2-Lösung gespült. Unter dieser Behandlung trat endlich Heilung ein.

Harmer: Artemisia salina in der Nase.

Eine an Rhinitis leidende Dame brauchte seit längerer Zeit verschiedene Arten von Nasendouchen. Kürzlich gebrauchte sie eine Lösung eines Patent-See-

salzes, dem besondere Heilwirkungen nachgerühmt wurden. Danach bekam sie einen heftigen Reizzustand in der Nase und Niessattaquen, und sie bekam das Gefühl, dass etwas in ihrer Nase krieche. Beim Ausspülen der Nase kamen zwei Thiere zum Vorschein. Diese wurden an Dr. S. F. Harmer, Vorsteher des Natural History Museum gesandt und dieser gab folgenden Bescheid: „Vor einigen Monaten wurde zufällig in der Botanischen Abteilung des Museums constatirt, dass eine Lösung dieses Seesalzes, einige Wochen sich selbst überlassen, von einer sehr interessanten Crustacee, der Artemisia salina, bevölkert wurde. Das Experiment wurde in der zoologischen Abtheilung von Dr. Calman wiederholt, und zwar mit demselben Resultat. Calman berichtete darüber im „Knowledge“ im Juni 1911. Die Cultur lebt noch — nach jetzt 5 Monaten — und hat die zweite Generation erreicht. Artemisia salina ist wohlbekannt als Bewohner der Salzlachen, wo sie wuchert, wenn das Salz einen gewissen Concentrationsgrad erreicht hat. Ich nehme an, dass bei der Präparation dieses Salzes einige Eier mit eingetrocknet wurden und entwicklungsfähig bleiben, wenn sie unter geeigneten Bedingungen in Wasser kommen. Calman sagt, dass eines der Präparate Eier enthält und dass die benutzte Lösung also einige Wochen alt gewesen sein muss.“

H. J. Davis (London).

III. Briefkasten.

Erster Internationaler Congress für experimentelle Phonetik in Hamburg, 19. bis 22. April 1914.

In der am 20. April stattfindenden Eröffnungssitzung hält Prof. Dr. H. Gutzmann einen Vortrag über: „Wesen und Ziele der experimentellen Phonetik.“

Es sind folgende Vorträge, Mittheilungen und Demonstrationen angemeldet:

V. Forchhammer: Ein Versuch, die Stimmbildung auf Grund der Ergebnisse der modernen Stimmphysiologie und experimentellen Phonetik rationell aufzubauen.
G. Forchhammer: La internaciona linguo.
Bremer: Die Eigentöne der Vocale.
Flatau: Ueber sichtbare Sprachbewegungen. — Ein handliches Kehlkopfstereoskop.
Hegener: Stereoskopie und Stereophotographie der Larynx- und Ansatzrohrbewegungen.
Clara Hoffmann: Stimmprüfungen bei Schulkindern.
Forchhammer: Ein neuer Hebelspirograph. — Notenpapier für die Sprachmelodiencurven. — Die Bedeutung einer wissenschaftlichen Eintheilung und Benennung der Sprachlaute für die experimentelle Phonetik.
Katzenstein und Haenlein: Ueber Athmungsuntersuchungen an taubstummen Schülern.
Lindner: Untersuchungen und Anschauungsmittel zum Articulationsunterricht Taubstummer.
Nadoleczny: Pulsatorische Erscheinungen an laryngographischen und pneumographischen Curven. — Ueber Einstellbewegungen.
Ott: Stimmuntersuchungen an Taubstummen und ihre Bedeutung für die Stimmpädagogik bei Vollsinnigen.
Panconcelli-Calzia: Vorführungen im Phonetischen Laboratorium.
Rüderer: Neues zur Psychologie der acustischen Sprachwahrnehmung.
Schär: Resultate von Untersuchungen über die Vitalcapacität von Taubstummen, Schwerhörigen und Vollsinnigen. — Vorführung von Radiographien und phonographischen Aufnahmen von Taubstummen.

Scheier: Ueber die Bedeutung der Radiologie für die experimentelle Phonetik.
Schneider: Vorführung und Erklärung einiger phonetischer Apparate.
Sokolowsky: Versuch einer Analyse fehlerhaft gebildeter Gesangstöne, nebst Demonstration eines neuen Schallschreibers.
Waiblinger: Ueber das Verhältniss von Sprache und Gesang, — Tonfall deutscher Mundarten.
Weiss: Ueber die Bildung der Stimme.
Wethlo: Zur Technik der Stroboskopie (Demonstration eines Stroboendoskops). — Messungen des Luftverbrauchs bei Gesangstönen.
Cornelie van Zanten: Der Luftverbrauch beim Kunstgesang.
Zumsteeg: Ueber die an die Mutation sich anschliessenden Stimmstörungen. — Ueber stroboskopische Untersuchungen (mit Demonstration eines Elektrostroboskops).
Zünd-Burguet: Démutisation et phonétique expérimentale.
Eykmann: The Tongue-Position in the Pronunciation of some Vowels as set forth by Röntgen-Photographs.
Struycken: Die Correction der Klangcurven.
Zwaardemaker: Die instrumentelle Vocalanalyse ohne Membraneinschaltung (1° energetisch stärkster Ton, 2° Nebendominanten).
Baglioni: Le proprietà musicali del linguaggio. — Influenza dei suoni sull' altezza vocale del linguaggio. — Un nuovo tonometro. — Variazioni del registro vocale nelle diverse ore del giorno.
Biaggi: Influenza della voce del maestro sulla voce dello scolaro. — Leonardo da Vinci e la fonetica sperimentale.
Fiorentino: Ultime esperienze confermanti le nuove idee sulla composizione delle vocali. — La scelta delle voci per lo studio delle vocali.
Gianfranceschi: Contributo allo studio delle curve vocali.
Gradenigo: Sulla risonanza trasmessa (indiretta) della voce nel naso. — Esperienze sulla sensibilità dell' orecchio nell' uomo per suoni di differente altezza tonale.
Hahn: Modificazioni delle curve pneumografiche per l'azione di anestetici locali applicati nella laringe e nel naso.
Kiesow: Alcuni rapporti fra i movimenti della laringe ed il respiro nella parola.
Mancioli: La respirazione nel canto.
Ponzo: Caratteristiche individuali delle curve pneumografiche nella denominazione di oggetti.
Ponzo und Hahn: Ricerche preliminari intorno all' influenza di ritmi soggettivi sulla emissione ritmica di fonemi.
Rivetta: Di una riforma della grafia italiana su una base fonetica scientifico-pratica. — Dell' applicazione della fonetica sperimentale allo studio e all'insegnamento delle lingue.
Silva: Considerazioni ed osservazioni d'indole pratica per il canto artistico intorno ad alcuni problemi di fonetica.
Stefanini: Nuovi studi sulle vocali. — Alternatore pendolare e sue applicazioni alla fisiologia e all'acumetria.
Nestermann: Lautreihen in der beschreibenden und experimentellen Phonetik.
Stern: Die Gesangsmethoden im Lichte der modernen phonetischen Forschung.
Bogoroditzki: Resonanztöne der Mundhöhle bei den russischen Vocalen auf Grund der Anblasemethode.
von Maljutin: Beitrag zur anatomischen Grundlage der Diagnostik des Charakters der Stimme. — Stimmgabelharmonium.
Scerba: Nouvelle méthode d'inscription de l'accent dynamique. — Stimmgabelsammlung des Phonetischen Laboratoriums der Universität St. Petersburg.
Peters: Resultate melodisch-rhythmischer Untersuchungen.
E. A. Meyer: Der Stärkeaccent (Methoden, Ergebnisse, Probleme). — Die Lautabgrenzung in oralen Lautstromcurven.

Barnils: Ueber die Thätigkeit auf experimental-phonetischem Gebiete in Spanien.
Balassa: Sprachfehler und Sprachgeschichte.

Mit dem Congress wird eine industrielle Ausstellung von phonetischen Instrumenten, Apparaten, Demonstrationsmitteln etc. verbunden sein.

Verein Deutscher Laryngologen.

Am 29. und 30. Mai 1914 findet in Kiel die XXI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt.

Die Unterzeichneten bitten höflichst, etwa beabsichtigte noch nicht anderweits publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 12. April beim Schriftführer anzumelden. An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Das definitive Programm wird Mitte April versandt werden. Die Herren Mitglieder werden gebeten, etwaige Aenderungen ihrer Adresse dem Schriftführer mittheilen zu wollen.

Spiess, Frankfurt a. M., Vorsitzender.
Kahler, Freiburg i. Br., Karlstr. 54, Schriftführer.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Der Congress findet vom 11. bis 13. Mai in Paris, Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton 8, statt. Als laryngologisches Thema steht zum Referat:

Indications et technique de la laryngectomie. Referenten: Lombard und Sargnon.

Anfragen sind zu richten an den Secretär Dr. Depierris, Paris, 20 rue Soufflot.

Oesterreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Die Gesellschaft hat sich am 17. Februar constituirt. Vorsitzender ist Prof. Dr. A. Réthi, stellvertretender Vorsitzender Prof. Dr. R. Wallaschek; Schriftführer die Herren Prof. Dr. R. Pöch, Dr. H. Stern.

Personalnachrichten.

Dr. Buys, bisher Agrégé der medicinischen Facultät in Brüssel, hat sich als Privatdocent für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Tunis habilitirt.

Meine Wohnung befindet sich vom 1. April ab W. 50, Augsburger Strasse 38.
Prof. Dr. G. Finder.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.



Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, Mai. 1914. No. 5.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **M. Halle. Bericht über das 25jährige Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 142. 1914.*

Zu der Sitzung waren zahlreiche Gäste von Berlin und von auswärts erschienen. Heymann als einer der Gründer der Gesellschaft und als letzter Repräsentant des ersten Vorstandes gab eine Uebersicht über die Geschichte der Gesellschaft, die heute mehr als 200 Mitglieder zählt. Dann warf Killian einen Rückblick auf die bis heute von Mitgliedern der Gesellschaft geleistete wissenschaftliche Thätigkeit.

An den wissenschaftlichen Theil schloss sich ein Festmahl an.

OPPIKOFER.

2) **H. Schumacher. Georg Juffinger.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 81. 1914.*

Dem Nekrolog sind die wissenschaftlichen Arbeiten von Juffinger angefügt sowie der Nachruf des Dekans der Innsbrucker Universität und die Rede eines früheren Schülers von Juffinger.

OPPIKOFER.

3) **O. Strandberg** (Kopenhagen). **Behandlung von tuberculösen Schleimhäuten der oberen Luftwege mittels der Reyn'schen Elektrolyse. (Behandling af tuberkulöse Lidelser af övre Luftvejes Slimhinder med Reyn's Elektrolyse.)** *Hospitalstidende. No. 50. 1913.*

Reyn hat den Beweis geliefert, dass es möglich ist, auf elektrolytischem Wege in statu nascendi im lebenden thierischen Gewebe Jod zu erzeugen, wenn man vor Beginn der Elektrolyse Jodnatrium gegeben hat. Für Erwachsene ist eine passende Menge von Jodnatrium 5 g; die grösste Menge Jodkali circulirt 5 Viertelstunden nach Verabreichung von Jodnatrium im Serum und in der Gewebsflüssigkeit. Diese Elektrolysebehandlung hat er seit Mai 1911 im Finsen'schen medi-



cinischen Lichtinstitut angewendet und in den letzten zwei Jahren hat er 217 Pat. elektrolytisch behandelt. 214 von diesen Patienten litten an Lupus der Haut. Wassermann ist 167 mal ohne Resultat ausgeführt. In 150 Fällen, wo diese nicht ausgeführt war, hatten die Patienten Lupus der Haut. Die Auscultation zeigte bei 189 Patienten ein negatives, bei 28 ein positives Ergebniss. Bei 3 Patienten hatte die Jodnatriumbehandlung die auscultatorischen Veränderungen wahrscheinlich verschlimmert, weshalb er die elektrolytische Behandlung nicht bei Patienten mit schweren Lungentuberculosen in Anwendung bringt.

Wegen Lupus der Nasenschleimhaut wurden 148 Patienten behandelt; 83 von diesen befinden sich noch im Institut und sind auf dem Wege der Besserung; 6 sind ausgeschieden, bei 2 ist das Resultat unbekannt und 54 sind scheinbar geheilt. 3 Patienten wurden wegen Lupus der Schleimhaut der Oberlippe, 7 wegen Lupus gingivae, 4 wegen Lupus linguae behandelt. 46 Patienten hatten Lupus vulgaris am harten Gaumen, von diesen waren 22 scheinbar geheilt. Von 33 Patienten mit Lupus des weichen Gaumens wurden 20 geheilt; von 7 Fällen von Lupus der Rachenwände wurden 3 geheilt.

Verf. ist der Ansicht, dass die Behandlung mit Elektrolyse bei dem besonders im vorderen Theil der Nasenhöhle und der Scheidewand localisirten Lupus vulgaris allen anderen Behandlungsarten vorzuziehen sei. Im Lichtinstitut ist sie ein unentbehrliches Glied in der Schleimhauttherapie.

L. MAHLER.

4) **Owen Paget. Ein einfacher Vorschlag zur Vorbeugung von Pneumokoniosen, Lungentuberculose und anderen Erkrankungen. (A simple suggestion for the prevention of pneumokoniosis, pulmonary tuberculosis and allied disorders.)** *Australasian medical gazette. 20. December 1913.*

Verf. bespricht die Bedeutung der mangelhaften Nasenathmung für das Zustandekommen von Lungenkrankheiten und räumt unter den Ursachen der behinderten Athmung eine bedeutende Rolle der Ansaugung der Nasenflügel in Folge Atrophie der Levatormuskeln ein. Als Therapie kommt in Betracht eine Uebung der Muskulatur in der Kindheit, Operation und zwar Anheftung des Knorpels an das Nasenbein mittels einer versenkten Naht und schliesslich Tragen einer geeigneten Prothese.

A. J. BRADY.

5) **L. Hauck. Ueber tödliche Wirkung des Aurum-Kalium cyanatum als Blutgift beim Menschen.** Aus der med. Klinik in Erlangen (Director: Geh. Hofrath Prof. Dr. Penzoldt). *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1913.*

Verf. berichtet eingehend Krankengeschichte und Sectionsbefund eines 37jährigen Patienten, bei dem er wegen schweren, über das ganze Gesicht ausgebreiteten Lupus und ausgedehnter lupöser Erkrankung der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle genau nach den Vorschriften von Bruck und Glück (cf. gleiche Wochenschr. No. 2. 1913) intravenöse Goldinfusionen verabreichte. Er konnte auch die von Bruck und Glück beobachtete elektive Wirkung der Goldcyaninfusionen auf tuberculöses Gewebe constatiren, doch erwies sich das Goldcyan als „schweres Blutgift, welches zu hochgradiger Leukopenie, beträchtlicher Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen und Auftreten von schwerem hämolytischem Ikterus führte“. Sechs Wochen nach Beginn der Behandlung kam

Patient ad exitum; dass es sich in diesem Falle nur um eine schwere, auf Anwendung der Goldcyanverbindung zurückzuführende Vergiftung handeln .kann, geht aus dem Krankheitsverlauf und Sectionsergebniss wohl als sicher hervor. Die Frage, ob „das Gold oder das Cyan die Schuld an den tödtlichen Intoxicationserscheinungen trifft, lässt sich einstweilen ohne genauere experimentelle Untersuchungen nicht mit Sicherheit sagen, jedoch dürfen wir wohl annehmen, dass analog der Wirkung anderer Schwermetalle, die beobachtete schädliche Einwirkung hauptsächlich dem Gold zugeschrieben werden muss". Auf jeden Fall sind die bisherigen therapeutischen Dosen des Goldcyans in Folge ihrer blutschädigenden Wirkung zu hoch; allerdings dürfte es fraglich sein, ob geringere Dosen noch einen deutlichen Heileffect bei der Behandlung des Lupus erzielen lassen, nachdem Autoren selbst bei grösseren Dosen nur Besserungen, nie Heilungen eintreten sahen. Vielleicht sind solche mit einer combinirten Tuberculin-Goldbehandlung erreichbar.

HECHT.

6) **L. Saathoff. Thyreose und Tuberculose.** Aus der Kuranstalt Dr. Saathoff für innere und Nervenkrankheiten zu Oberstdorf. *Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1913.*

S. erörtert eingehend und kritisch die verschiedenen Symptome beider Erkrankungen, weist auf die „geradezu frappirende Uebereinstimmung in den Frühsymptomen, die sowohl die Thyreose als die Tuberculose aufweisen kann", hin und schildert an der Hand eigenen Materials und unter kritischer Verwerthung der einschlägigen Literatur den beiden Erkrankungen gemeinsamen Symptomencomplex, ihre ätiologischen und pathologisch-anatomischen Zusammenhänge, aus denen er dann diagnostische und therapeutische Schlussfolgerungen zieht. Die gedankenreiche Arbeit, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss, schliesst mit folgenden Leitsätzen:

1. Die Tuberculose spielt eine wesentliche ursächliche Rolle für die Entstehung der Thyreosen einschliesslich des Basedow.

2. Es handelt sich hier meistens um initiale, prognostisch günstige Formen der Tuberculose, progressive Formen gehen seltener mit thyreotoxischen Symptomen einher.

3. Temperatursteigerungen bei anderweitig nicht complicirten Thyreosen sind fast immer auf eine begleitende oder zu Grunde liegende Tuberculose zu beziehen. Die Existenz eines reinen Basedowfiebers wird mit Möbius nicht anerkannt.

4. Jeder Fall von gesicherter oder auch nur verdächtiger Thyreotoxie ist auf Tuberculose zu untersuchen und bei positivem Ausfall auf Tuberculose zu behandeln. Für schwerere oder hartnäckige Fälle bleibt die chirurgische Behandlung angezeigt.

HECHT.

7) **F. Massei. Phlegmonen der oberen Luftwege. (Flegmoni delle prime vie aeree.)** *Archiv. ital. di laringologia. Juli 1913.*

Verf. schlägt folgende Eintheilung vor:

1. Zunächst müssen von den Phlegmonen der oberen Luftwege getrennt werden das Larynxödem, sei es, dass es sich um eine blutig-seröse oder eiterige

15*



Infiltration, sei es, dass es sich um die Folge einer Stase oder Compression handle oder dass es secundär zu Ulcerationen irgendwelcher Natur hinzutrete oder dass ein einfaches angioneurotisches Oedem vorliege.

2. Dem Pharynx- und Larynxerysipel, dem primären, wie dem secundär zur Hauterkrankung hinzutretenden, muss ein Platz für sich eingeräumt werden.

3. Es muss ein primäres Erysipel des Larynx anerkannt werden, das gerne ohne jede Betheiligung des Pharynx einhergeht.

4. Die pharyngeale, laryngeale und pharyngo-laryngeale Phlegmone muss für sich betrachtet werden, wobei die gewöhnliche Form von der septischen zu unterscheiden ist, bei welch letzterer die localen Erscheinungen bald zurücktreten hinter den Erscheinungen der Adynamie und Hypothermie, und die in wenigen Tagen mit Synkope endet.

5. Einen Platz für sich beansprucht auch die suprahyoidale Phlegmone oder Angina Ludovici, bei der man eine relativ gutartige, der Behandlung zugängliche Form mit und ohne Betheiligung des Larynx unterscheiden muss von der schweren Form, die in kurzer Zeit zum Tode führt, bisweilen ohne suffocative Erscheinungen.

CALAMIDA.

8) **Bürger** (Berlin). **Ueber zwei Gruppen von Botulismus mit zwölf Erkrankungen und fünf Todesfällen.** *Med. Klinik. No. 45. 1913.*

Ausser den besonders charakteristischen Symptomen des Botulismus wurde constatirt: Heiserkeit, Schluckbeschwerden, mangelnde Beweglichkeit der Zunge, als ein Beweis, dass die Kerne der Hirnnerven fast ausnahmslos schon gelitten hatten. Die Athemnoth in einem Falle war so hochgradig, dass der Arzt eine Tracheotomie vornahm. Als Nachkrankheit zeigte sich zweimal schwere Parotitis, in anderen Fällen Mundentzündung, Luftröhrenentzündung, hypostatische und Schluckpneumonie.

SEIFERT.

9) **C. W. Richardson. Vasomotorische Störungen in den oberen Luftwegen. (Vasomotor disturbances of the upper air tract.)** *Annals otology, rhinology and laryngology. September 1913.*

Verf. hat einen Fall beobachtet, wo nach einer submucösen Septumresection trotz ausgezeichneten Operationsresultats die Nase verstopft war wegen abnormer Füllungszustände der unteren Muscheln. Verf. lenkt auch besonders die Aufmerksamkeit auf diejenigen Fälle, wo Congestionszustände der Muschel verursacht werden durch Diätfehler und die auch nur durch Beeinflussung der Diät geheilt werden können.

EMIL MAYER.

10) **O. P. Gerber** (Wien). **Die Behandlung des Bronchialasthmas mit dem Dr. Bayer'schen Vibro-Inhalationsapparat.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1913.*

Verf. geht darauf aus, „die Beseitigung des Spasmus (der Bronchialmuskeln) durch Herabsetzung des gesteigerten Erregungszustandes der peripheren Vagusendigungen in den Lungen durch physikalische Methoden zu erzielen". Dazu benutzt er den Bayer'schen Apparat, eine elektrisch angetriebene Pumpe, die filtrirte und mit geeigneten Medicamenten geschwängerte Luft rhythmisch in die Lungen presst und bei der ausserdem eine Vibration der zur Verwendung gelangenden Luftsäule erzeugt wird.

Als Medicament verwandte Verf. Adrenalin-Inhalant. Seine Erfolge waren in sieben Fällen sehr befriedigend. Ob sie mehr der physikalischen oder der medicamentösen Einwirkung zu verdanken sind, lässt Verf. dahingestellt. ZARNIKO.

11) **Curt Kayser** (Berlin). **Die Bedeutung der Kalksalze für die Therapie innerer Krankheiten.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. 1913.*

Bei der Bedeutung, die die Kalksalztherapie für Asthma, Heufieber, nervösen Schnupfen und ähnliche, den Rhinologen interessirende Krankheiten und für die Behandlung und Prophylaxe der Nasenblutungen gewonnen hat, darf auch an dieser Stelle auf das lehrreiche Uebersichtsreferat Kayser's hingewiesen werden.

ZARNIKO.

12) **Ernst Schlesinger** (Wiesbaden). **Beitrag zur endobronchialen Behandlung des Asthma bronchiale.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Verf. berichtet über seine Erfahrungen, die er an 28 Fällen der Königsberger Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke gesammelt hat. Sie stimmen im grossen und ganzen mit denen früherer Autoren überein. 5 Fälle von Dauerheilung sind nur erzielt worden, während temporäre Erfolge in der grössten Mehrzahl der Fälle zu verzeichnen waren, sodass Verf. als Palliativmittel an Nachhaltigkeit der Wirkung allen übrigen Behandlungsmethoden gegenüber der directen Bronchialbehandlung den Vorzug giebt. Ganz wirkungslos war die Behandlung bei 6 Patienten. Die im Allgemeinen gebrauchte Lösung 13 ccm $^1/_2$ proc. Novocain + 1 ccm Adrenalin + 1 ccm Hypophysin wird bei der ersten Sitzung mittels Bronchoskops, später mit dem biegsamen Spray eingeführt. W. SOBERNHEIM.

13) **Max A. Goldstein. Anwendung von normalem Pferdeserum als ein Mittel zur Blutstillung in der Oto-Laryngologie. (Use of normal horse-serum as a means of controlling hemorrhage in oto-laryngology.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Verf. empfiehlt, 24 Stunden vor der Operation eine physikalische Untersuchung des Patienten zu machen, den Blutdruck, den Hämoglobingehalt, die Zeitdauer der Blutgerinnung zu prüfen und in jedem Fall, wo es länger als sieben Minuten dauert, bis das Blut gerinnt, eine Injection von 10 ccm normalen Pferdeserums zu machen. In jedem Fall, wo eine Seruminjection gemacht worden ist, soll die Blutgerinnbarkeit unmittelbar vor der Operation noch einmal geprüft werden. Auf Grund seiner mittels dieses Verfahrens in 50 Fällen gemachten Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 40 Fälle wurden in Localanästhesie operirt, 5 in Allgemeinnarkose, 5 ohne jede Anästhesie. Verf. braucht kein Adrenalin, keine Infiltrationsanästhesie, sondern pinselt nur sorgfältig mit 5—10proc. frisch bereiteter Cocainlösung. Die 5 ohne jede Anästhesie operirten Fälle waren solche mit Status lymphaticus, bei dem er jede Anästhesie für absolut contraindicirt hält.

In keinem Fall war Blutung, nachdem der Patient den Operationstisch verlassen hatte. Bei Tonsillektomien wurden die früher häufigen Oberflächenblutungen nicht mehr beobachtet; die Tampons nach Septumresection — Verf. tamponirt beide Nasenhälften 24 Stunden lang — waren erheblich weniger blutdurchtränkt

und es wurde nicht mehr nöthig, nach Entfernung des ersten Tampons noch einmal zu tamponiren.

EMIL MAYER.

14) Ch. Siems. **Die Aero-Ozonothermie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (L'aéro-ozonothermie en oto-rhino-laryngologie.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XVII. No. 1. 1914.*

Ozon, erhöhte Temperatur und erhöhter Druck vereinigt erzeugen zuerst eine Vasodilatation, dann eine lange bestehende Vasoconstriction, wenn sie mittels einer passenden Vorrichtung auf die Schleimhäute applicirt werden. Verf. hat sich hierzu durch die Firma Gaiffe einen Ozoneur à air comprimé fabriciren lassen. Seine Erfahrungen stützen sich erst auf 100 Patienten, die zumeist Erkrankungen der Nase betreffen, doch sind auch Kehlkopfkrankheiten und Entzündungen der tieferen Luftwege von S. behandelt worden. Details über die Fälle mangeln, der allgemeine Eindruck von S. ist ein günstiger.

LAUTMANN.

15) Trétrop. **Die eclectische Behandlung der Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. (Le traitement éclectique des affections de l'oreille, du nez et de la gorge.)** Mittheilung in der Antwerpener med. Gesellschaft. *Presse oto-laryngologique belge. No. 11. 1913.*

Der Grundgedanke, der sich durch die Ausführungen des Verf.'s hindurchzieht, ist, dass man seinen Patienten mit einem Minimum von operativen Eingriffen zu helfen suchen soll und dass man diese reserviren soll für diejenigen Fälle, die jeder anderen Behandlung trotzen oder bei denen irgendwelche Complicationen drohen.

PARMENTIER.

16) M. Albrecht (Berlin). **Die Bedeutung der Schwebelaryngoskopie für das Kindesalter.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Die Erfahrungen beziehen sich in erster Linie auf Papillome und Tuberculose, bei der Enucleation der Tonsillen wurde die Schwebelaryngoskopie mit bestem Erfolge angewandt. Der Hauptvortheil scheint darin zu liegen, dass in tiefer Narkose die Operation so gründlich vorgenommen werden kann, dass sich Nachoperationen wenigstens für lange Zeit erübrigen, wenn überhaupt solche nöthig werden. Besonders günstig waren die Resultate bei den Papillomerkrankungen, indem schwere Fälle 8, 10 und 12 Monate lang recidivfrei blieben. Störungen wurden nicht beobachtet, Blutungen waren stets gering und sofort zu stillen.

W. SOBERNHEIM.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) Elio Fabri. **Ueber einen nasalen Symptomencomplex, der wahrscheinlich zur Lungentuberculose prädisponirt. (Sopra una sindrome nasale probabile esponente di tuberculosi pulmonare.)** *Archiv ital. di laringologia. H. 1. 1913.*

Bei schwächlichen und anämischen Individuen tritt eine Form von acuter Rhinitis auf, welche den Patienten durch Behinderung der Nasenathmung belästigt, mehr oder weniger lange dauert, Remittenzen und Exacerbationen aufweist und bei der die gewöhnlichen Behandlungsmittel wenig nützen; kurze Zeit darauf

treten die ersten Anzeichen der Lungentuberculose auf, die während des Bestehens der Nasenerscheinungen völlig fehlten, während die Tuberculinreaction positiv war.

Die entzündlichen Erscheinungen in der Nase spielten sich hauptsächlich in der Pars respiratoria ab. Gewöhnlich hörten nach einer Dauer von wenigen Tagen oder Wochen die Symptome von Seiten der Nase plötzlich auf und nach einiger Zeit traten die ersten klinischen Erscheinungen der Lungentuberculose auf. Verf. führt eine Anzahl von Fällen an, die zum Beweis dafür dienen sollen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der geschilderten Rhinitis und dem Ausbruch der Tuberculose.

CALAMIDA.

18) **J. Müller** (Nürnberg). **Ueber Gangrän der Nase und andere schwere Folgen einer diagnostischen Tuberculinprobe.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 701. 1913.*

Bei dem 15 Jahre alten kräftigen Knaben, bei welchem seit einer Reihe von Jahren Drüsenschwellungen am Halse bestanden, wurde am linken Vorderarm eine intracutane Injection von einem Tropfen einer einprocentigen Alttuberculinlösung vorgenommen. Ein Tag nach der Tuberculinprobe hohes Fieber, Benommenheit, Anschwellen der Gesichtshaut, fleckiges Exanthem am Rücken, Nasenspitze blauschwarz verfärbt und gegen die gesunde Umgebung durch einen schmalen rothen Streifen abgegrenzt. Brandige schwarze Stellen auch an einzelnen Zehen des linken Fusses. Ausgang in Heilung. Zwei Photographien des Gesichts.

OPPIKOFER.

19) **V. Nicolai. Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase nebst einem Atlas von 24 Tafeln. (Sviluppo dei seni annessi alla cavità nasale. Con un atlante di 24 tavole annesso al presente fascicolo.)** *Arch. ital. di otologia. Fasc. II. 1913.*

Die Untersuchungen des Verf.'s bezwecken, eine topographische Anatomie des Skeletts der Nebenhöhlen zu geben und die Beziehungen klar zu stellen, die diese Höhlen im Laufe ihrer Entwicklung mit der Schädelhöhle, der Orbita, der Nasenhöhle und dem Nasenrachen eingehen. Die Schnitte sind in transversaler, anteroposteriorer und horizontaler Richtung angelegt und zwar für jede dieser Richtungen in verschiedenen Ebenen. Die auf dem beigelegten Atlas wiedergegebenen photographischen Wiedergaben der Präparate sind ausgezeichnet und bilden ein werthvolles Hülfsmittel für das Studium der Entwicklung der Nebenhöhlen. Die Details der Untersuchungsergebnisse eignen sich nicht zum Referat.

CALAMIDA.

20) **A. W. Meyer. Ein einfacher paranasaler Sinus direct über den oberen Schneidezähnen. (A unique supernumerary para-nasal sinus directly above the superior incisors.)** *Journal of anatomy and physiology. Januar 1914.*

Bei der Section eines 60jährigen Mannes fand sich direct dorsalwärts und oberhalb der Schneidezähne eine Höhle von ca. 1,6 × 1,35 × 2,2 cm im Umfang. Links befand sich in der Höhle eine kleine Oeffnung, die auf den Boden des unteren Nasenganges führte. Da alle Zähne vorhanden waren und aus anderen Gründen glaubt Verf. ausschliessen zu dürfen, dass es sich um eine Zahncyste handelt. Er erörtert noch alle anderen in Betracht kommenden Möglichkeiten und kommt nach Ausschluss aller zu dem Schluss, dass es sich um einen „Lusus naturae“ handelt.

WRIGHT.

21) **Fritz Schlemmer** (Wien). **Die Nebenhöhlenerkrankungen im Kindesalter.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

In 42 pCt. (von 57 Fällen) war Scharlach als Krankheitsursache vorhanden und zwar vom zweiten Lebensjahre an, während bei Neugeborenen und ganz jungen Kindern die für das Kindesalter nicht specifischen Infectionsmomente vorherrschen; bei diesen letzteren ist in der grossen Mehrzahl ausschliesslich die Kieferhöhle erkrankt und zwar geht diese Erkrankung im Gegensatz zu der der Erwachsenen mit deutlicher Röthung und ödematöser Schwellung der erkrankten Wangenseite, resp. Abscedirung, starker Schwellung des Unterlides, Chemosis und Verdrängung des Bulbus, Fistelbildung über der Wange oder dem Gaumen einher. Bei den Fällen von Miterkrankungen des Siebbeins zumal bei Scharlachantritis kommt es zu Anschwellung des oberen Lides innen und im inneren Augenwinkel und auch zu Exophthalmus, wenn das hintere Siebbein miterkrankt ist. Auch bei Stirnhöhlenaffection besteht ein beträchtliches regionäres Weichtheilödem häufig. Auf Röntgenogramme hat Verf. stets verzichten können. Die Operation war meist eine externe nach Killian. Mortalität 15 pCt.

W. SOBERNHEIM.

22) **Jonathan Wright. Die moderne Geschichte der Nebenhöhlenerkrankungen. (The modern history of accessory nasal sinus diseases.)** *The Laryngoscope. Februar 1913.*

Wright's Geschichte der Nebenhöhlenerkrankungen zeichnet sich durch die diesem Verfasser eigene Gründlichkeit aus. Es sind 224 verschiedene Arbeiten berücksichtigt worden. Verf. sagt: „Es ist unklug, zu prophezeien, aber es scheint sehr wahrscheinlich, dass in Zukunft weitere Fortschritte in der physiologischen Richtung gemacht werden dürften; diese müssen Untersuchungen in sich greifen in der Mikrobiologie und dem Metabolismus der Nasenschleimhaut und ihrer Verzweigungen in den Nebenhöhlen und damit muss Hand in Hand gehen eine Betrachtung der Beziehungen, welche bestehen zwischen dieser speciellen Mikrobiologie und diesem speciellen Metabolismus und den gleichen Erscheinungen im Allgemeinorganismus."

EMIL MAYER.

23) **Ciro Caldera** (Turin). **Experimentelle Untersuchungen über das Eindringen von Gasen, Dämpfen und zerstäubten wässerigen Lösungen in die Nasennebenhöhlen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Durch die Experimente, die an der freigelegten Stirnhöhle des Hundes vorgenommen wurden, ergab sich, besonders einwandsfrei an chemischen Farbreactionen erkenntlich, dass Gase, Dämpfe und in äusserst feine Tröpfchen zerstäubte Flüssigkeiten bei der Athmung in die Stirnhöhle gelangen. Die Feststellung des therapeutischen Einflusses der Räucherungen zeitigte das merkwürdige Resultat, dass inficirte Stirnhöhlen, die einige Tage lang mit alkoholischen Menthol-, Gomenol- oder Eukalyptollösungen beräuchert wurden, sich im Gegensatz zu den Controlfällen steril erwiesen.

W. SOBERNHEIM.

24) **Ruth Junnicliff. Eine Spirochäte in Verbindung mit Infectionen der Nebenhöhlen. (A spirochete associated with infections of the accessory sinuses.)** *Journal american medical association. 7. Juni 1913.*

Verf. fand in 5 Fällen von acuter Rhinitis in Ausstrichpräparaten eine

Spirochäte, die sich mit Carbol-Gentianaviolett tief färbte. In 4 Fällen fand sich die Spirochäte in Verbindung mit einer Nebenhöhlenerkrankung. Verf. giebt eine Beschreibung der Spirochäte; sie ist anaerob und wurde in Reincultur gezüchtet auf Ziegenblutagar. In die Nase von Hunden gebracht, erwies sie sich nicht als pathogen. Die Bedeutung der Spirochäte muss noch festgestellt werden.

EMIL MAYER.

25) **D. Gerhardt** (Würzburg). **Ueber Meningitis serosa bei Nasenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 721. 1913.*

G. berichtet über 4 Fälle. Für die zwei ersten Fälle nimmt Verf. an, dass der rhinogene Ursprung der serösen Meningitis sicher und für die zwei weiteren Fälle wahrscheinlich sei. In der Literatur ist das Vorkommen der rhinogenen serösen Meningitis nur selten erwähnt.

OPPIKOFER.

26) **Dan McKenzie. Diffuse Osteomyelitis nach Nebenhöhleneiterung. (Diffuse osteomyelitis from nasal sinus suppuration.)** *Journal of laryng., rhinol. and otol. März 1913.*

Verf. giebt zunächst eine Geschichte unserer Kenntnisse dieser Krankheit, die — wie er sagt — eine der seltensten Complicationen der Nebenhöhleneiterungen, aber den häufigsten ernstlichen Folgezustand der Nebenhöhlenoperationen darstellt. Er bespricht dann an der Hand der Literatur die Pathologie, Bakteriologie, Aetiologie und Therapie der Osteomyelitis der Schädelknochen. Bei der Erörterung über die sicherste Art, sich gegen das Auftreten einer Osteomyelitis nach Stirnhöhlenoperation zu schützen, lässt Verf. die Frage offen, ob die Ogston-Luc'sche oder Killian'sche Operationsmethode diesen Schutz am besten gewährt. Vor allem wird der Grundsatz betont, nie ohne genügende Indication von aussen zu operiren und zu versuchen, dem Kranken durch intranasale Behandlung zu helfen. Wenn von aussen operirt wird, so empfiehlt es sich, die Wunde mindestens die ersten 24 Stunden nicht zu nähen; ferner muss man die Gefahren einer Secundärinfection nach Möglichkeit dadurch zu vermeiden suchen, dass man für ausgiebige Drainage der anderen eventuell miterkrankten Höhlen sorgt. Ferner wird vor dem energischen Curettiren der Höhlenschleimhaut gewarnt und schliesslich auf Watson Williams' osteoplastische Stirnoperation hingewiesen, nach welcher bisher kein Fall von Osteomyelitis vorgekommen ist. Ist einmal Osteomyelitis vorhanden, so besteht die einzige Möglichkeit, den Patienten zu retten, darin, dass man den erkrankten Knochen sofort und ausgiebig entfernt und zwar soll man noch über die Grenze der offensichtlich kranken Knochen hinaus eine Zone gesunden Knochens entfernen.

Ein von Gerber und Luc als septische Osteomyelitis rubricirter Fall von Scanes Spicer stellte sich später als syphilitische Erkrankung des Stirnbeins heraus.

Verf. veröffentlicht dann einen Fall seiner eigenen Beobachtung, wo nach Killian'scher Radicaloperation Osteomyelitis auftrat, die zum Tode führte. Sectionsbefund: Basalmeningitis; die Infection schien die Meningen durch Ausbreitung nach hinten unter dem Orbitaldach erreicht zu haben. Osteomyelitis des Stirn- und Schläfenbeins und der Orbitalplatte des Stirnbeins.

Ferner publicirt Verf. einen bisher unveröffentlichen Fall Andrew Wylie's von Osteomyelitis nach Caldwell-Luc'scher Antrumoperation. Exitus. Sectionsbefund: Eitrige Osteomyelitis des Stirnbeins. Extraduraler Abscess über dem Stirnlappen. Eiter im Sinus cavernosus, transversus bis zum Sinus petrosus jederseits. Kein Hirnabscess, keine Meningitis. Auch ein bisher nicht veröffentlichter Fall von Logan Turner wird berichtet, der bereits zweimal früher nach Ogston-Luc operirt war und mit einer Fistel in den Augenbrauen und etwas Oedem der Weichtheile in Behandlung kam. Nach Radicaloperation — Fortnahme der vorderen und unteren Wand — Osteomyelitis. Die Krankheitsdauer erstreckte sich über 3 Monate. Schliesslich Tod in Folge Pyämie, Abscess um das Rectum. Es bestand die Möglichkeit, dass die Osteomyelitis bereits vor der Radicaloperation begonnen hatte.

A. J. WRIGHT.

27) **W. G. Porter. Ein Fall von postoperativer Osteomyelitis des Stirnbeins. Heilung. (A case of postoperative osteomyelitis of the frontal bone. Recovery.)** *Lancet. 31. Januar 1914.*

Verf. behauptet, dass dies der erste Fall von Heilung einer postoperativen Osteomyelitis sei. Es handelte sich um eine 46jährige Frau mit chronischem Empyem und Orbitalabscess, bei der auf der rechten Seite die Killian'sche Radicaloperation gemacht wurde. Während der Operation wurde zufällig das Septum zwischen den beiden Höhlen perforirt. Nach 6 Monaten musste der linke Sinus operirt werden, der wahrscheinlich bei der ersten Operation inficirt worden war. Die Wunde wurde 48 Stunden offen gelassen. Einen Monat später bemerkte man Schwellung des linken Augenlides, es fand sich, dass die Spange nekrotisch geworden war und dieselbe wurde entfernt. Eine Woche später breitete sich das Oedem weiter nach oben über das Stirnbein aus. Es wurde ein Lappen nach oben präparirt und ein grosses Stück weichen Knochens entfernt. In der Diploe fand sich kein Eiter. Es war ein Staphylococcus von der Absonderung gewachsen und es wurde eine Vaccine angewandt. Es trat Heilung ein. Ein Jahr später starb der Patient an Pneumonie. Die histologische Untersuchung des entfernten Knochens zeigte eine chronische Osteitis mit acuter Exacerbation. Verf. nimmt an, dass Heilung eintrat, weil es sich um eine milde Infection handelte.

A. J. WRIGHT.

28) **O. Piffl. Zur Casuistik der rhinogenen Stirnhirnabscesse.** *Prager med. Wochenschr. No. 6. 1914.*

Aus einer Zusammenstellung aller in den letzten zehn Jahren an Piffl's Klinik zur Beobachtung gelangten Hirnabscesse geht hervor, dass unter 15 Hirnabscessen 14 otogenen Ursprungs waren und nur einer durch Fortleitung der Erkrankung von der Nase und ihren Nebenhöhlen aus entstanden war. Verf. berichtet ausführlich über den Verlauf dieses zu den seltenen Erkrankungen gehörenden rhinogenen Hirnabscesses, der im vorliegenden Falle äusserst rasch von den erkrankten Siebbeinzellen aus auf die linke Orbita überging, hier in kurzer Zeit zur Abscessbildung und weiterhin zum Durchbruch durch das Orbitaldach in seinem hintersten Antheile führte. Nach Einschmelzung der Dura mater an dieser Stelle kam es zu circumscripter Meningitis und zur Entstehung des Abscesses im Frontallappen des Grosshirns. Dieser schwere Cerebralprocess, der sich jedenfalls schon

in den ersten Krankheitswochen abspielte, hatte ausser zeitweisen Schmerzen nur die Erscheinungen einer starken Schwellung des orbitalen Zellgewebes hervorgebracht und war förmlich latent verlaufen, hatte sogar nach Ausräumung des Siebbeinlabyrinths nnd noch deutlicher nach Vornahme der Killian'schen Operation insofern bedeutende Besserung gezeigt, als die orbitalen Symptome theilweise vollständig heilten, so dass sich schliesslich der Patient durch volle fünf Wochen vollkommen wohl fühlte, herumging und keinen Tag auch nur die geringste Temperatursteigerung aufwies. Erst die ganz plötzlich einsetzende Convexitäts- und Basilarmeningitis verursachte schwere Symptome und führte innerhalb zweier Tage zum letalen Ausgang.

Zur Operation von Abscessen im Stirnhirn schlägt Piffl vor, entsprechend dem rationellen Vorgehen Elschnig's, der diese Abscesse durch das Orbitaldach hindurch eröffnet, einen durch das Orbitaldach gefundenen und eröffneten Stirnhirnabscess nicht nur von hier aus zu drainiren, „sondern noch eine zweite Gegenöffnung nach Abtragung der inneren Stirnhöhlenwand und Spaltung der Dura sowie der vor dem Abscess liegenden Hirnsubstanz von aussen her anzulegen und ebenfalls bis zur Ausheilung offen zu halten". Es entspräche diese doppelte Drainage dem Vorgange, wie er für die übrigen Grosshirn- und Kleinhirnabscesse schon seit längerer Zeit geübt wird, da er für die Ausheilung die besten Bedingungen schafft.

Sehr berechtigt ist das Eintreten P.'s für ein gemeinsames Vorgehen des Rhinologen mit dem Ophthalmologen, namentlich für jene Stirnhirnabscesse, welche trotz sicheren rhinogenen Ursprungs ihren Weg nicht direct in die Schädelhöhle, sondern durch die Orbita hindurch genommen haben, da nur auf Grund eines einverständlichen Zusammenwirkens in schwierigen Fällen der Ursprungsherd des Abscesses zu beseitigen sein wird.

STEINER (PRAG).

29) **Buys** und **Gottignies. Polysinusitis. (Polysinusite de la face.)** *La Policlinique. No. 22. 1913.*

Verf. will an dem berichteten Fall die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen demonstriren. Die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden liessen an dem Vorhandensein einer Stirnhöhleneiterung zweifeln. Erst die Röntgenuntersuchung ergab das Vorhandensein einer Erkrankung aller Nebenhöhlen auf der rechten Seite und die Operation bestätigte dies.

PARMENTIER.

30) **L. Ledoux. Die Eiterungen des Siebbeins. (Les suppurations de l'ethmoide.)** *Annales de la policlinique centrale de Bruxelles. Januar 1914.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von isolirtem Empyem des Siebbeins bei Erwachsenen ohne Betheiligung der anderen grossen Nebenhöhlen. PARMENTIER.

31) **J. Laboire. Ueber die Behandlung des Siebbeinsarkoms. (Du sarcome de l'éthmoide envisagé surtout au point de vue de son traitement.)** *Dissert. Toulouse 1912.*

Es werden erwähnt die Methoden von Moure, Sébileau und Bourguet,



die alle von aussen her eingehen und sich untereinander nur bezüglich des Hautschnittes und des Grades der Knochenresection unterscheiden. Das radicalste Vorgehen ist dasjenige von Bourguet, der ausser dem Siebbein auch die innere Wand der Kieferhöhle und wenn nöthig den Boden der Stirnhöhle und die Vorderwand der Keilbeinhöhle entfernt.

Die deutsche Literatur wird nicht berücksichtigt. OPPIKOFER.

32) **Arthur Müller** (Wien). **Ueber Schädelaufnahmen. Demonstration bei der ersten röntgenologischen Studienreise.** *Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XXI. H. 4.*

Verf. demonstrirt Profilaufnahmen des Kopfes von Fällen mit „sphenoidalem Symptomencomplex", d. h. Erkrankungen im Keilbein oder in der Umgebung des Keilbeins. Klinisch zeigen diese Erkrankungen kein charakteristisches Gepräge; am Röntgenbild dagegen kann man die primären Erkrankungen des Keilbeinkörpers und der Keilbeinhöhlen von den secundären Destructionen des Keilbeins bei intracraniellen Processen leicht unterscheiden. Erstere zeigen normale Form der Sella, aber Veränderung der Schattendichte des Keilbeins, letztere bloss eine Deformirung der Sella. FINDER.

33) **Torrela. Ueber die klinische Diagnose der Keilbeinhöhlenempyeme. (A propos du diagnostic clinique des sinusites sphénoidales.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 2. 1913.*

Um die Diagnose machen zu können, muss das hintere Ende der mittleren Muschel entfernt werden. Der Artikel umfasst kaum zwei Seiten, wovon ein Theil auf ein Radiogramm fällt. LAUTMANN.

34) **E. Gergö** (Budapest). **Ueber Röntgenbilder der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 44. 1913. Beilage Gégészet. No. 2.*

Beschreibung der Technik. POLYAK.

35) **Greenfield Sluder** (St. Louis). **Weitere Beobachtungen über einige anatomische und klinische Beziehungen zwischen Keilbeinhöhle und Sinus cavernosus und dem III., IV., V. und VI. Hirnnerven, sowie dem N. Vidianus.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 3. 1913.*

Verf. beobachtete an ganzen Serien, dass die Keilbeinhöhle im Alter von $2^1/_2$ Jahren in nächste Berührung mit dem II. Trigeminusast kommt; mit dem 6. Lebensjahr kann sie sich dem Canalis Vidianus genähert haben. — Diese bedeutsamen anatomischen Befunde entsprechen der klinischen Beobachtung des häufigen Beginns der Neuralgien im frühesten Lebensalter. W. SOBERNHEIM.

36) **Busch** (Spandau). **Phantom der normalen Nase des Menschen.** *München. J. F. Lehmann. 1914.*

Auf 3 farbigen Tafeln mit 6 Deckbildern und 34 Seiten erklärendem Text soll die normale Anatomie des Menschen dargestellt werden als Wegweiser für Studirende und Aerzte. Der sich specialistisch ausbildende Arzt wird von einem solchen Bilderbuch nicht viel Nutzen haben. SEIFERT.

37) **Bruck** (Berlin-Charlottenburg). **Ueber eine fehlerhaft ausgeführte Nasentamponade vom Rachen aus.** *Med. Klinik. No. 43. 1913.*

Der Choanentampon war nicht mit einem vom Munde herausgeführten Faden versehen worden. SEIFERT.

38) **Arth. Meyer** (Berlin). **Die Tamponade bei Blutungen des Nasenrachenraumes.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1913.*

Bei Blutungen, die vom Dach und der Hinterwand des Epipharynx ausgehen, ist die gewöhnlich geübte Bellocq'sche Tamponade wenig wirksam. Besser ist das von Escat angegebene Verfahren, einen grossen, den Epipharynx ausfüllenden Tampon einzuführen und gegen die blutende Region anzudrücken. Beschreibung der Technik.

(Ich glaube, dass das Verfahren im Princip zuerst von Voltolini beschrieben ist in seinem Buche: Die Krankheiten der Nase etc. 1888. S. 138. Denn ob man einen oder zwei Tampons einführt, ist doch nebensächlich. D. Ref.) ZARNIKO.

39) **G. Airale Arico. Das Verhalten der Rachentonsille bei einigen Intoxicationen und Infectionen. (Il comportamento della tonsilla faringea in alcune intossicazioni ed infezioni.)** *Patologica. August 1913.*

Verf. hat Untersuchungen bei Kindern darüber angestellt, ob Beziehungen in den anatomischen Veränderungen bestehen zwischen der Rachentonsille und dem Thymus; er wurde zu diesen Untersuchungen dadurch angeregt, dass er fast constant in der Rachentonsille Gebilde fand, die morphologisch den Hassal'schen Körperchen analog waren. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf Kinder verschiedenen Lebensalters, die an verschiedenen Krankheiten litten; er wollte sehen, ob den schon bekannten Veränderungen des Thymus bei Erkrankungen auch solche der Rachentonsille entsprachen.

Verf. will nun gefunden haben, dass die epithelialen Gebilde der Rachentonsille sich völlig analog verhalten den Hassal'schen Körperchen. Die betreffenden Epithelgebilde finden sich constant in der Rachentonsille, bisweilen sind sie cystisch gebildet. Sie finden sich nur nicht bei den infolge Pädatrophie gestorbenen Kindern, bei diesen finden sich im Thymus sehr zahlreich die Hassal'schen Körperchen. Sind in der Rachentonsille die Epithelgebilde sehr zahlreich, so sind die Hassal'schen Körperchen im Thymus relativ spärlich. CALAMIDA.

40) **R. Vitto-Massei. Die Ohraffectionen beim Adenoidismus. (Le affezioni dell' orecchio nell' adenoidismo.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1913.*

Verf. giebt in einer über 100 Seiten umfassenden Arbeit eine erschöpfende Darstellung des Gegenstandes. Nach einer historischen Einleitung bespricht er in einem besonderen Capitel die geographische Vertheilung, Häufigkeit und die Ursachen der Otopathien beim Adenoidismus, es folgt ein Capitel über die Formen und Varietäten der Otopathien beim Adenoidismus (unter den 78 Fällen des Verfassers betrafen 2 das äussere Ohr, 71 das Mittelohr und 5 das innere Ohr, und zwar handelte es sich bei den Mittelohrerkrankungen 32mal um Eiterung und einfachen Katarrh und 39mal um die trockene Form). In dem folgenden Capitel wird

die Pathogenese der Mittelohrerkrankungen beim Adenoidismus besprochen: Verf. hat hier klinische und experimentelle Untersuchungen angestellt, aus denen sich als Hauptergebniss schliessen lässt, dass die Theorie von dem Verschluss der Tube nicht haltbar ist und dass die Infection des Mittelohrs hautsächlich geschieht durch Fortleitung der Infection von der Nasenrachenhöhle längs der Tube. In dem Capitel über Symptomatologie, Prognose und Therapie seien die Resultate hervorgehoben, die Verf. mit der Adenotomie in Bezug auf das Ohrenleiden gehabt hat. — Die Resultate waren gut in allen Fällen, wo es sich um einfache Störungen der Durchlüftung handelte, ebenso bei den Fällen von Salpingitis. Von 14 Fällen mit einfachem Katarrh trat bei 2 Heilung ein, bei 6 eine erhebliche Besserung und bei 2 eine leichte Besserung; bei 6 Patienten mit eitriger Mittelohrentzündung besserte sich bei einem das Gehör erheblich, bei einem mittelmässig, bei den anderen war das Resultat des Eingriffs negativ.

In einem Anhang wird noch der Adenoidismus bei den Taubstummen behandelt.

CALAMIDA.

41) **G. Brecher** (Olmütz). **Adenoide Vegetationen.** *Prager med. Wochenschr. No. 14. 1913.*

Ausführliche Beschreibung des Vorkommens, der Symptome, Diagnose und Therapie der Adenoiden. Verf. empfiehlt zur Erzielung ausreichender Anästhesie mit 20proz. Alypinlösung getränkte Wattepinsel bei hängendem Kopf durch die Nase in den Nasenrachen einzuführen und dieses Verfahren 3mal zu wiederholen, wobei die Pinsel jedesmal 5—8 Minuten liegen bleiben.

STEINER (Prag).

42) **M. Natier. Falsche Recidive nach Adenotomie beim Kinde und methodische Athemübungen. (Fausses récidives de végétations adénoïdes chez l'enfant et gymnastique respiratoire.)** *Arch. internat. de laryng. 1914.*

Es giebt falsche Recidive der Adenoiden, d. i. nach mehr oder weniger längerer Zeit treten nach der Adenotomie alle jene objectiven und subjectiven Symptome auf, derentwegen operirt worden ist, ohne dass es im Cavum selbst zum thatsächlichen Recidiv gekommen wäre. Der Grund hierfür liegt darin, dass durch die Operation nicht alle schädlichen Factoren behoben worden sind. Stellt man bei solchen Patienten methodische Athemübungen an, so geht das scheinbare Recidiv wieder von selber zurück, ohne dass neuerlich operirt zu werden braucht. Die methodischen Athemübungen stellen so das nothwendige Complement der Adenotomie dar.

LAUTMANN.

c) Mundrachenhöhle.

43) **Fritz Henke** (Königsberg i. Pr.). **Neue experimentelle Feststellungen über die physiologische Bedeutung der Tonsillen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Experimentelle Versuche (Injection feinster sterilisirter Russaufschwemmungen in die verschiedensten Theile der Nasenschleimhaut) brachten den Beweis, dass auch beim Menschen directe Lymphverbindungen von der Nase nach den Tonsillen

führen, und dass zwischen den Lymphgefässen der drei Tonsillen ein inniger Zusammenhang besteht. Ferner wurde festgestellt, dass der von den einzelnen Nasenabschnitten kommende Lymphstrom nur bestimmte Abschnitte der Tonsille passirt. Vom Zahnfleisch aus lassen sich injicirte Russaufschwemmungen nur in den Gaumentonsillen, nicht in der Rachentonsille nachweisen. Der Nachweis der Russpartikelchen gelingt nur auf einige Tage nach der Injection, dann findet eine Abwanderung durch das Epithel nach der Oberfläche der Tonsillen statt. Der Transport zur Tonsille findet stets nur auf dem Lymphwege statt. Die Blutgefässe fanden sich mikroskopisch stets frei von Russ. Die Experimente wurden am lebenden Menschen und am Cadaver vorgenommen. Das praktische Ergebniss ist die Bestätigung der Ansicht, dass die gesunde Tonsille ein Schutzorgan ist, das unbedingt selbst geschützt werden muss; nur die ausgedehnt pathologisch veränderte Tonsille, die ihre Aufgabe nicht mehr erfüllen kann, bedarf nicht der Schonung.

W. SOBERNHEIM.

44) D. R. Patterson. **Die Bedeutung der Tonsillen und der Fossa supratonsillaris. (The significance of the tonsils and the supratonsillar fossa.)** *The journal of laryng., rhinol. and otol. September 1913.*

Verf. giebt eine entwicklungsgeschichtliche Uebersicht über die Tonsille und die Fossa supratonsillaris. Er zeigt, welche Rolle insbesondere die letztere bei der Entstehung von Erkrankungen, vor Allem beim peritonsillären Abscess spielt. Was die Ergebnisse für die Therapie anbelangt, so ist Verf. der Ansicht, dass eine geeignete Therapie der Fossa in den meisten Fällen genügt, ohne dass man nöthig hätte, die ganze Tonsille zu opfern, der eine Rolle im thierischen Haushalt zukommt. Eine genügende Drainage der Fossa kann aber bewirkt werden dadurch, dass man den oberen Pol der Tonsille entfernt oder dass man die Fossa mit einem Bistouri schlitzt.

A. J. WRIGHT.

45) L. Grünwald. **Die typischen Varianten der Gaumenmandeln und der Mandelgegend.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Descriptive, vergleichend-anatomische und entwicklungsgeschichtliche Studie, mit besonderer Rücksicht auf die Pathologie und Therapie.

Sehr interessante, ausführliche Arbeit, die zum Referat nicht geeignet ist.

W. SOBERNHEIM.

46) A. Gouget. **Die Mandel als Eliminationsorgan. (L'amygdale considérée comme organe d'élimination.)** *Presse médicale. No. 19. 1914.*

Ein für praktische Aerzte geschriebenes Sammelreferat über die Frage, in der namentlich die Arbeit von F. Henke (Arch. f. Laryngol. 1914. Bd. 28. H. 2) ausführlich analysirt wird. Verf. ist durch die Beweisführung von Henke nicht überzeugt. Der logische Schluss aus dem Henke'schen Versuche wäre, dass die Amygdalitis erst am Schlusse oder im Verlaufe von Infectionskrankheiten auftritt, während wir thatsächlich die Amygdalitis den Reigen der schweren Infectionen eröffnen sehen. Wahrscheinlich ist die Rolle der Mandel ebenso gross als Abwehr-, wie als Eintrittsorgan für Infectionen.

LAUTMANN.

47) **R. Goldmann. Die Lymphdrüsen bei der chronischen Mandelentzündung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 127. 1914.*

Vortrag, gehalten auf der 85. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Wien. Sept. 1913. Ref. in dieser Zeitschr. 1914. Jg. 30. S. 35. OPPIKOFER.

48) **Torretta. Ueber die pathologisch-anatomische und klinische Bedeutung der Pseudohypertrophie der Lymphdrüsen des Pharynx. (Sur la signification anatomo-pathologique et clinique des pseudo-hypertrophies particulières aux organes pharyngiens lymphoglandulaires.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Es handelt sich um die Feststellung, dass bei der Hodgkin'schen Krankheit die verschiedenen Lymphdrüsen anschwellen können und Verwechslung mit der einfachen Mandelhypertrophie vorkommen kann. Die Aetiologie der Krankheit ist unbekannt. Ebenso wie Billroth einen Fall nach einem Bienenstich hat entstehen sehen, theilt Verf. einen Fall mit, der nach Impfung aufgetreten sein soll. Wahrscheinlich beginnt die Krankheit immer vom Waldeyer'schen Ring aus, wenn die zuerst betroffenen Drüsen die Cervicaldrüsen sind. LAUTMANN.

49) **G. Hudson Makuen. Die Chirurgie der Gaumentonsille in Bezug auf die Functionen der Zunge und des weichen Gaumens bei der Stimmerzeugung. (The surgery of the faucial tonsil as it relates the functions of the tongue and soft palate in the production of voice.)** *Medical record. 22. Novbr. 1913.*

Die Gaumentonsille unterscheidet sich von den übrigen Bestandtheilen des Waldeyer'schen Schlundringes dadurch, dass sie ausser ihren eventuellen anderen Functionen während des erwachsenen Alters gewisse wichtige mechanische Functionen bei der Articulation und Phonation ausübt und auch im späten Alter, wenn sie ihre physiologische Sklerose eingegangen ist, setzt sie diese mechanische Function fort, indem sie eine Verstärkung jener als Tonsillenkapsel bekannten Pharynxaponeurose bildet. Die Kapsel ist für diese Function sogar wichtiger als die Tonsille selbst und ihre Entfernung stellt daher einen groben Missgriff dar.

Die mechanischen Functionen der Mandel bei der Articulation und Phonation sind dreifacher Natur: 1. die normalen anatomischen Beziehungen des weichen Gaumens, der Zunge und des Kehlkopfes aufrecht zu erhalten, 2. die Gaumenbögen in ihrer phonatorischen und articulatorischen Thätigkeit zu lenken und 3. hat sie selbst wichtige acustische Aufgaben bei der künstlerischen Stimmgebung.

Verf. setzt nun auseinander, dass durch Vornahme einer extracapsulären Tonsillektomie derartige Veränderungen gesetzt werden, dass dadurch die normalen mechanischen Functionen der Tonsille ganz in Fortfall kommen, so dass eine höhere Anforderung an künstlerisches Singen und Sprechen nicht mehr gestellt werden kann. Die Operation soll also nur gemacht werden, wenn sie absolut nothwendig ist und wenn ein grösserer Schaden daraus erwachsen würde, dass man die Operation ungeschehen liesse. In der Mehrzahl der Fälle wird die extracapsuläre Tonsillektomie nur darum gemacht, weil es zu schwer ist, eine intracapsuläre Tonsillektomie zu machen, die in einer sorgfältigen Ausschälung der Mandel aus ihrer Tasche bestehen würde. Diese Operation ist zwar schwierig, aber durchaus

nicht unmöglich, und selbst die Thatsache, dass etwas von dem Tonsillargewebe an der Kapsel adhärent bleiben könnte, ist kein gültiger Gegengrund gegen sie.

EMIL MAYER.

50) **Walter S. Daly. Hypertrophie des lymphatischen Rachenrings als ätiologischer Factor bei der Entstehung epileptischer Aequivalente. (Hypertrophy of the pharyngeal lymphatic ring as a causaiive factor in the production of epileptic equivalents.)** *New York state journal of medicine. April 1913.*

Verf. berichtet über den Fall eines 10jährigen Knaben, bei dem die hypertrophirten Mandeln entfernt wurden mit dem Resultat, dass die bis dahin bestehenden epileptischen Erscheinungen von diesem Augenblick an aufhörten. Er schliesst daran die Mahnung, unter den peripheren Reizen, die zur Auslösung epileptischer Erscheinungen führen können, auch eventuelle Hypertrophien des lymphatischen Schlundringes nicht zu vergessen.

EMIL MAYER.

51) **A. Kuttner** (Berlin). **Die acut-infectiösen Halsentzündungen (nach einem Referat in der Laryngo-Rhinologischen Section des XVII. Internationalen medicinischen Congresses London August 1913).** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Verf. zeigt, dass alle primären acutentzündlichen Affectionen des Schlundes, Rachens, Kehlkopfes — die mechanischen, thermischen, chemischen Ursprungs und die Theilerscheinungen constitutioneller Erkrankungen ausgeschlossen — eine grosse einheitliche Gruppe bilden.

In Bezug auf die Aetiologie werden alle durch pathogene Mikroorganismen hervorgerufen und zwar der verschiedensten Arten, ohne dass hierdurch irgendwelche Besonderheit des Krankheitsbildes bedingt würde.

Pathologisch-anatomisch beweisen die zahlreichen Uebergänge von der einen Erkrankungsform zur anderen die Einheitlichkeit ihrer Wesensart. Auch die klinischen Verschiedenheiten aller Erkrankungsformen sind nie principieller Natur, sondern nur der Ausdruck gradueller und örtlicher Besonderheiten.

W. SOBERNHEIM.

52) **Mourray B. Gordon. Bericht über drei Fälle von epidemischer septischer Halsentzündung in einer Familie. (Report of three cases of epidemic septic sore throat in one family.)** *New York medical journal. 31. März 1913.*

Zuerst erkrankte ein 16 Monate altes Kind plötzlich mit Convulsionen, Fieber, Röthung im Hals, Schwellung der Halsdrüsen und Schwellung der rechten Gesichtshälfte. Lumbalpunction ergab keine chemischen oder bakteriologischen Veränderungen, keine Diphtherie; Larynxstenose, Intubation, Exitus. Keine Autopsie.

Der zweite Fall betraf ein $3^1/_2$ Jahre altes Kind, Bruder des ersten; erkrankte unter gleichen Symptomen. Heilung nach Einspritzung von autogener Vaccine. Der dritte $5^1/_2$ Jahre alte Bruder genas ebenfalls nach Injection von autogener Vaccine. Es waren Streptokokken gefunden worden.

EMIL MAYER.

53) **F. Michaud. Die nekrotisirende Scharlachangina. (L'angine nécrotique scarlatineuse.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Mittheilung eines Falles von nekrotisirender Scharlachangina bei $2^1/_2$ Jahre



altem Knaben mit Ausgang in Heilung. Bei Besprechung des Krankheitsbildes wird die Möglichkeit des Uebergreifens der nekrotisirenden Entzündung nach unten auf den Kehlkopf nicht erwähnt.

OPPIKOFER.

54) **G. Scherber** (Wien.) **Ein Beitrag zur Klinik, Bakteriologie und Therapie der Angina necrotica.** *Wiener med. Wochenschr. No. 38. 1913.*

Besprechung der differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, die bezüglich der Frage Angina necrotica oder Tonsillarnekrose in klinischer und bakteriologischer Beziehung auftreten können, an der Hand eines Falles. Der Erfolg einer Salvarsanbehandlung ist in solchen zweifelhaften Fällen nicht unbedingt für die Diagnose Lues zu verwerthen, da Salvarsan auch gegen die localen Spirochäten wirksam ist. Da das genannte Mittel in seinen Nebenwirkungen doch nicht gleichgültig ist, sollte es erst bei begründetem Verdacht auf Lues in Anwendung kommen.

HANSZEL.

55) **J. Lindahl. Pneumokokkenangina nebst Bericht über zwei Fälle. (Pneumococcic membraneous angina with report of two cases.)** *Denver med. journal. April 1913.*

Die Pseudomembran in den beiden mitgetheilten Fällen erschien als weisse, feste, fibrinöse Membran, deren Ränder bläulich-weiss waren und die beim Ablösen eine blutende Oberfläche zurückliess. Ein Ausstrich zeigte Reincultur von Pneumokokken.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

56) **Cicero Salse** (Barcelona). **Ein Fall von submaxillärem Fibroadenom durch elektrische Zuführung von Jod geheilt. (Un caso de fibroadenoma submasilar curado per la introducion electrica del ion yodo.)** *Therapie. No. 55. 15. Januar 1914.*

54jähriger Mann mit einem klein-orangegrossen Tumor unter dem Unterkiefer rechts; der Tumor war hart, wenig beweglich, wenig schmerzhaft und hinderte beim Schlucken. Behandlung bestand darin, dass ein galvanischer Strom von 25 M.-A. angewandt wurde, indem die positive Elektrode in den Nacken, die kleinere negative mit einer einprocentigen Jodkalilösung befeuchtete Elektrode an den Tumor angesetzt wurde. Heilung in 2 Monaten.

S. GARCIA VICENTE.

57) **Thomas Guthrie. Bericht über einen Tumor des weichen Gaumens hauptsächlich bestehend aus Speicheldrüsengewebe. (Note on a tumor of the soft palate consisting mainly of salivary gland tissue.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. Februar 1914.*

Ein 8jähriger Knabe hatte einen kleinen etwa bohnengrossen Tumor, welcher vom weichen Gaumen, rechts neben der Uvula herabhing und mittels eines schmalen Stieles am hinteren Gaumenbogen adhärirte. Die histologische Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Tumors ergab, dass er aus einem Gewebe zusammengesetzt war, das völlig dem der Submaxillardrüse gleich war.

A. J. WRIGHT.



58) **K. Dabrowski. Ueber ein Rachenteratoid. (Przypadek teratoidu w gardzieli.)** *Gaz. lek. No. 45. 1913.*

Verf. entfernte einem 5 Monate altem Mädchen eine von der Fossa supratonsillaris dextra polypenartig herabhängende haselnussgrosse Geschwulst, die Athemnoth, Cyanose, Schluckbeschwerden verursachte. Die Geschwulst bestand aus Haut, Haaren, Schweiss- und Schleimdrüsen, quergestreiften Muskelfasern, Fett- Binde- und Knochengewebe, besass zahlreiche Blutgefässe und einige Nerven. Stellenweise waren einige Höhlen vorhanden, die mit Plattenepithel ausgekleidet und mit desquamirtem Epithel ausgefüllt waren.

A. v. SOKOLOWSKI.

59) **H. Aboulker. Pharyngektomie wegen Krebs. Heilung nach $3^1/_2$ Jahren. (Pharyngectomie pour epithelioma. Guérison depuis $3^1/_2$ ans.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1913.*

Nach kurzer Mittheilung eines Falles von Krebs des Rachens (Gaumen, Mandel, Zungenbasis), der seit $3^1/_2$ Jahren bereits ohne Recidive nach zweizeitiger Operation (Drüsenexstirpation, 21 Tage später Pharyngectomia externa) geblieben ist, analysirt Verf. seine eigene Statistik. Anfangs hat er in einer Serie von 15 Operationen 7 Todesfälle infolge der Operation gehabt, dann kamen in einer zweiten Serie im Verlaufe von 18 Monaten 7 Patienten zur Operation, von denen 6 im Anschluss an die Operation, der siebente 40 Tage später nach Erysipel zu Grunde gingen. Nichtsdestoweniger, wenn auch sein anfänglicher Enthusiasmus sich abgekühlt hat, möchte Verf. über die Chirurgie des Pharynx nicht das Verdammungsurtheil aussprechen.

LAUTMANN.

d) Diphtherie und Croup.

60) **Klunker. Ueber die Verwendbarkeit der Conradi-Troch'schen Tellurplatte zum Diphtherienachweis.** Aus dem hygien. Institut der Universität Jena (Director: Geh. Hofrath Prof. Dr. A. Gärtner). *Münchener med. Wochenschr. No. 19. 1913.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluss, „dass das neue Verfahren wohl nicht hinter der alten Löffler-Methode zurücksteht, wenn man seine besonderen Eigenthümlichkeiten kennt, aber auch keine wesentliche Verbesserung bedeutet. Vor Allem habe er die Meinung der Autoren, dass die Tellurplatte eine grobsinnliche Feststellung der Diphtheriecolonien in jedem Fall ermögliche, nicht bestätigt gefunden. Dies trifft nur dann zu, wenn sich die Diphtheriecolonien tiefschwarz gefärbt haben und keine Staphylokokken gewachsen sind. Derartige Stämme sind, selbst wenn die Neisser-Färbung keinen sicheren Aufschluss geben sollte, doch als echte Diphtherie anzusprechen, da zahlreiche Pseudodiphtheriestämme niemals Schwarzfärbung ergeben haben. In allen diesen Fällen hat also die Tellurplatte vor dem Thierversuch den Vorzug der Schnelligkeit hinsichtlich des sicheren Nachweises voraus. Bei den nicht seltenen grauschwarz wachsenden Diphtheriecolonien ist man jedoch bei zweifelhafter Neisser-Färbung immer auf den Thierversuch angewiesen. Die von ihm mehrmals vorgenommenen Modificationen des Nährbodens, wie z. B. Aenderung der Zusatzmenge von Kal. tellurosum etc., brachten ebenfalls kein besseres Ergebniss. Die directe

Uebertragung des Abstriches auf die Tellurplatte, wie sie Wagner vornahm, bedeutet wohl eine Vereinfachung des Verfahrens, jedoch — nach Verfassers Untersuchungen (87 Fälle) — keine Erhöhung der positiven Befunde. Der Werth des Conradi-Troch'schen Närbodens liege seines Erachtens weniger in seiner praktischen Verwendbarkeit für den Diphtherienachweis, als vielmehr darin, dass man möglicher Weise mit seiner Hilfe über manche biochemischen Eigenschaften nicht bloss der Diphtheriebacillen, sondern auch anderer Bakterien näheren Aufschluss gewinnen kann."

HECHT.

61) **Joseph B. Greene. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Diagnosis and treatment of diphteria.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Sept. 1913.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Diagnose der Diphtherie hängt in erster Linie von dem Auffinden der Bacillen ab. Es sollen bei jeder Halsentzündung im Kindesalter Culturen angelegt werden, ebenso bei jeder verdächtigen Nasenabsonderung. Beim Fehlen eines positiven Befundes soll, wenn die Symptome auf Diphtherie hinweisen, Antitoxin gegeben werden.

2. Es müssen viel grössere Antitoxindosen gegeben werden. Die Lehrbücher haben in dieser Beziehung irregeleitet.

3. Bei Kehlkopfdiphtherie müssen grosse Antitoxindosen gegeben werden. Die Intubation ist der Tracheotomie vorzuziehen; die Laryngologen sollten sich in dieser Operation mehr vervollkommnen.

4. Diphtherieträger sollen ausgesucht, isolirt werden. Erkrankte Tonsillen und Adenoide sollen entfernt werden.

EMIL MAYER.

62) **Deist** (Berlin). **Bacillenträger bei Diphtherie.** *Beiträge z. Klinik d. Infectionskrankh. Bd. 2. H. 3. 1914.*

Für die Bakterienträgerfrage ist die Frage der Variabilität der Diphtheriebacillen von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Zieht man den Kreis der Bacillen grösser, so wird auch die Zahl der Bacillenträger zunehmen, jedenfalls ist einem grösseren Kreise Diphtherie- und Ansteckungsverdächtiger Interesse zu schenken wie bisher. An der Gefährlichkeit der Bacillenträger muss unbedingt festgehalten werden. Gegen ihre Gefährlichkeit spricht auch nicht die fehlende oder geringe Thierpathogenität der betreffenden Cultur.

SEIFERT.

63) **W. F. Clark. Profuse Blutung bei Diphtherie. (Profuse hemorrhage in diphteria.)** *Brit. med. journ. 6. December 1913.*

Bei einem 5jährigen Knaben trat am 5. Krankheitstage eine profuse Blutung aus Nase, Pharynx und Rachen auf. Aus dem Rectum wurden auch membranöse Ausgüsse ausgeschieden. Die Blutung hielt mit Unterbrechungen zwei Tage an, jedoch trat nach Anwendung von Calciumlactat und Antitoxin Heilung ein. Verf. ist der Ansicht, dass der Intestinaltract miterkrankt war und dass das in diesem Fall per os gegebene Antitoxin zur Heilung der Erkrankung in dieser Region beitrug.

A. J. WRIGHT.

64) **Klimenko** (St. Petersburg). **Zur Frage über wiederholte Einspritzung des Heilserums beim Menschen.** *Beiträge z. Klinik d. Infectionskrankh. Bd. 2. H. 3. 1914.*

Der Mensch ist in bedeutendem Maasse der Anaphylaxie unterworfen. Infolgedessen ist es wünschenswerth, zum Zwecke der Vorbeugung einer schweren und zuweilen auch tödtlichen Anaphylaxie, die intravenöse Serumeinspritzung entweder ganz einzustellen oder sie bis zum Minimum zu beschränken, da diese Methode besonders gefährlich für den Organismus bei wiederholter Serumeinspritzung ist. Bei einer intramusculären oder Unterhauteinspritzungsmethode des Serums ist die Gefahr einer schweren und umsomehr einer tödtlichen Anaphylaxie so unbedeutend, dass bei wiederholten Heilserumeinspritzungen das Serum gebraucht werden soll.

SEIFERT.

c) Kehlkopf und Luftröhre.

65) **Citelli** (Catania). **Ueber die Bedeutung der angeborenen Doppelbildung der Stimmbänder.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Entgegnung auf die Arbeit Lautenschläger's im Archiv f. Laryngologie. Bd. 26. H. 3. S. 706. — Verf. hat schon früher einen völlig identischen Fall von „Sulcus glottidaeus" beschrieben und fand in 50 pCt. der normalen menschlichen Kehlköpfe das Vorhandensein einer Furche an der Stimmlippe, die nur mit blossem Auge nicht deutlich zu erkennen ist. Diese Furche kommt bei einigen Säugern constant vor und hat somit morphologische Bedeutung.

W. SOBERNHEIM.

66) **Schötz** (Berlin). **Bemerkung zu der Mittheilung von Prof. Citelli (Catania) in Bd. 27, S. 620 dieses Archivs.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Verf. erinnert an seine Demonstration von Verdoppelung der wahren Stimmlippen am 14. 12. 1906 in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

W. SOBERNHEIM.

67) **F. J. Stuurman. Ueber den Ursprung des N. vagus beim Kaninchen. (Over den oorsprong van den n. vagus by het konyn.)** *Dissert. Amsterdam. J. H. de Bussy. 1913.*

Die aus der neurologischen Universitätsklinik (Vorstand: Prof. Winkler) stammende bemerkenswerthe Arbeit befasst sich mit dem Studium der Veränderungen in den Kernen nach der Durchschneidung des Stammes und der verschiedenen Aeste des N. vagus, sie ist geeignet, die Kenntniss über den Vaguskern zu fördern. Verf. kommt u. A. zu dem Resultat, dass der Nucleus dorsalis vagi mit der Innervation des Larynx beim Kaninchen nichts zu thun hat, doch den oberen Theil der Speisewege (Nn. oesophagei et gastrici) motorisch und secretorisch versorgt. Der N. recurrens stammt aus dem Nucleus ambiguus inf.; der N. laryngeus sup. aus dem Nucleus ambiguus sup. Näheres ersehe man aus der mit Abbildungen der Präparate versehenen Arbeit.

VAN GILSE.

68) **B. Freystadtl** (Budapest). **Kehlkopflähmungen bei acuter Bulbärparalyse und einige Bemerkungen zum Semon'schen Gesetz.** *Orvosi hetilap. No. 36. 1913.*

Verf. hat in der letzten Zeit zwei Fälle von acuter Bulbärparalyse beobachtet

und im ersten Falle eine ausgesprochene Parese der Schliesser und Functionsstörung der Erweiterer gefunden. Im zweiten Falle bestand nur hochgradige Parese der Schliesser. Der causale Zusammenhang wird durch den gleichzeitigen Beginn und später durch die gleichzeitige Besserung bewiesen. Die Lähmung der Stimmlippe war in diesen Fällen verschieden von jener, welche bei der organischen Erkrankung des N. recurrens gewöhnlich beobachtet wird. Die Kehlkopfmuskellähmungen haben wenigstens bei einigen Fällen von acuter Bulbärparalyse nicht den dem Semon'schen Gesetz entsprechenden Verlauf. Das Semon'sche Gesetz bezieht sich in Fällen von „centraler" Erkrankung auf die Erkrankung der Recurrenskerne, und nicht auch auf solche Fälle, in welchen auch die corticonucleäre Bahn gelitten hat. Es wäre deshalb richtiger, anstatt der mit dem Semon'schen Gesetz allgemein benutzten Ausdrücke „central", „medullär" und „bulbär" den präciseren Ausdruck „nucleär" zu gebrauchen. In Fällen von medullärer und bulbärer Erkrankung kann auch die supranucleäre Bahn verletzt werden, auf welche das Semon'sche Gesetz nicht angewendet werden kann.

POLYAK.

69) **E. Fischer. Doppelte Recurrensparalyse nach Schussverletzung. (Paralysie récurrentielle double à la suite d'un coup de feu.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 3. 1913.*

Die Stimmstörungen traten erst 8—10 Tage nach der Verletzung auf. Patient wurde erst 6 Wochen später laryngoskopiert, als die grössten Athemstörungen bestanden. Beide Stimmbänder waren locker mit unregelmässigem Rand, 3 mm von einander abstehend. Es bestand aber deutliche Lähmung des N. posticus. Patient litt noch ausserdem an einem Empyem und starb 4 Tage nach der laryngoskopischen Untersuchung, ohne dass Tracheotomie gemacht worden wäre. Autopsie ist nicht gemacht worden.

LAUTMANN.

70) **P. Lejeune** (Liège). **Recurrenslähmung nach Thyreoidektomie. (Paralysie récurrentielle consécutive à une thyreoidectomie.)** *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. December 1913.*

Im Jahre 1910 Thyreodektomie; unmittelbar darauf Einziehungen, 3 Monate später Stimm- und Athemstörungen. Enucleation zweier kleiner, absichtlich stehen gelassener Schilddrüsenlappen. Leichte Besserung. Am 30. Januar schwere Dyspnoe. Tracheotomie; einige Tage später Exitus. Autopsie. (Kehlkopfbefund? Red.)

PARMENTIER.

71) **M. Reinecke. Empfindungen beim Singen eines Idealtones.** *Stimme. VI. S. 293. 1912.*

Verf. schildert, in Gegensatz zu Taylor sich stellend, seine subjectiven Muskel- und Lageempfindungen beim guten Singen.

NADOLECZNY.

72) **M. Seydel. Die Ausschöpfung der Bewegungen als physiologisches Princip des Stimmansatzes.** *Stimme. VII. April 1913. S. 201.*

Das Einzelne soll gepflegt, das Ganze, die Complexleistung, geübt werden. Die Ausführungen kommen auf die längst von Gutzmann geforderte Belastung der Functionen des Ansatzrohres zu Gunsten einer Entlastung der Glottisfunction hinaus.

NADOLECZNY.

73) **L. Réthi. Experimentelle Untersuchungen über den Luftverbrauch beim harten und beim weichen Tonansatz.** *Stimme. VIII. November 1913. S. 33. Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1913.*

Verf. versteht unter Tonansatz das, was man sonst als Stimmeinsatz bezeichnet, hält sich also an die Nomenclatur der Sänger. Es wurde unter möglichst gleichem Luftdruck in ein Hutschinson'sches Spirometer mit beiden „Ansätzen" gesungen, und zwar mit dem Metronomschlag 1, während Schlag 2 die Luftleitung sperrte (Metronom auf 66); immer in gleicher Tonhöhe und Tonstärke vom selben Sänger. Verf. untersuchte hohen Sopran, Alt, Bariton. Es geht aus den Zahlen hervor, das beim harten „Ansatz" mehr Luft verbraucht wird, als beim weichen. Die Reizerscheinungen infolge des unöconomischen harten Ansatzes konnten nach den Versuchen mit dem Kehlkopfspiegel beobachtet werden. Sie führen zur Entstehung von Sängerknoten.

NADOLECZNY.

74) **O. Rutz. Das Problem der Resonanz.** *Stimme. VI. S. 336. 1912.*

Der Aufsatz enthält eine Wiederholung der bekannten Rutz'schen Hypothesen und der Eintheilung der Stimmen nach der Klangfarbe in helle, dunkle, weiche und harte. Diese Qualitäten sollen nicht von der Stärke und Zahl der Obertöne abhängen, sondern von der „Art des Ablaufs" der Schwingungen, die er von der Zahl, Breite und Form der Schwingungen unterscheidet. Verf. ist ein Gegner der Helmholtz'schen Theorie und ein Gegner der Klanganalyse nach Fourier (!). Ihm kommt es darauf an, „wie die Schwingungen innerhalb gleicher Zeitintervalle verlaufen, in welcher Weise sie sich während ihres Formverlaufes beschleunigen oder verzögern, wie sie nach dem Wellenthal in den Wellenberg übergehen."

NADOLECZNY.

75) **Th. S. Flatau. Disposition und Indisposition beim Singen.** *Stimme. VI. S. 354. 1912.*

Ein lesenswerther Aufsatz, der die Gründe der Disposition darlegt. Physikalische, acustische, psychästhetische Einflüsse (Raum, Publicum) kommen neben inneren psychischen Ursachen in Betracht. Specielle Indisposition kann Folge von Ermüdung des Körpers oder des Organs (Ueberproben!), localer Störungen im Hals oder aber körperlicher Veränderungen (Menses) sein. Verf. warnt davor, durch locale anämisirende oder anästhesirende Mittel das Singen zu ermöglichen.

NADOLECZNY.

76) **H. Löbmann. Lautbildung und ihr Einfluss auf die Tonbildung.** *Stimme. VI. S. 322 u. 358. 1912.*

Verf. tritt für Articulationsübungen (Mundöffnen ohne Zungenbewegung) und Athemübungen als Vorstufe der Stimmbildung in den Schulen ein. Für Sprechen und Singen soll ein weicher, biegsamer Ton erreicht und Schreitöne vermieden werden. Leider geht aber aus der Arbeit hervor, dass Verf. die Mädchen während der Mutation singen lässt.

NADOLECZNY.

77) E. Fröschels. **Zu Dr. Hugo Stern's Aufsatz: „Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen."**

78) H. Stern. **Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Dr. Fröschels zu meiner Arbeit: „Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen."** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 140. 1914.*

Fröschels entgegnet erstens Stern, dass er die Wichtigkeit der Nasenresonanz für ein richtiges Singen nicht geleugnet habe. Zweitens hält Fr. an seiner Auffassung fest, dass bei functionellen Stimmstörungen eine manuelle Fixirung des Kehlkopfes von Nutzen sein könne.

H. Stern tritt in einer kurzen Erwiderung auf diese 2 Punkte ein und vertheidigt seine früher gemachten Angaben. OPPIKOFER.

79) Theodor S. Flatau (Berlin). **Zur Physiotherapie der functionellen Stimmstörungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1913.*

Für den „phonischen Ausgleich" bei functionellen Stimmstörungen stehen folgende Methoden zur Verfügung (Flatau): 1. Active Compensationsbewegungen. 2. Passive Compensationsbewegungen. 3. Der elektrische Ausgleich. 4. Elektrisation und Compression combinirt. 5. Einstimmbare Vibration mit Elektrisation combinirt. 6. Dehnung der Stimmlippen. Oft ist es nöthig, mehrere dieser Methoden miteinander zu combiniren. In dieser Richtung schildert Verf. zwei neue von ihm erfundene Verfahren: 1. Application hochgespannter Frequenzströme und 2. Application von sinusförmigen, den Tonschwingungen entsprechenden Wechselströmen bei hoher Frequenz und niedriger Spannung. Beschreibung der Apparate. ZARNIKO.

80) Corrado Canestro (Genua). **Dysphonien nach Chloroformgebrauch.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Das Auftreten einer Parese der Musculi thyreo-arytaenoidei interni nach einer Narkose wird auf eine neurotrope Wirkung des Chloroforms auf die Nervenendigungen zurückgeführt. Diese Motilitätsstörung zeichnet sich durch Gutartigkeit, kurze Dauer und Seltenheit aus. W. SOBERNHEIM.

81) H. Gutzmann (Berlin). **Begriff und Classification der habituellen Dyskinesien der Stimme.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 767. 1913.*

Vortrag, gehalten in der laryngologischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien, September 1913 (vgl. diese Zeitschrift. Bd. 29. S. 662. 1913). OPPIKOFER.

82) L. Réthi (Wien). **Phonographische Untersuchungen der Consonanten.** *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1913.*

Nach einem Vortrage, gehalten auf der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien, September 1913.

R. gelang es, einige wichtige Fortschritte in der Charakterisirung der Schallbewegung einiger Consonanten zu erbringen. Bezüglich der Art seiner Untersuchungen sei auf die Originalpublication verwiesen. HANSZEL.

83) **Edward W. Scripture. Sprache ohne Kehlkopf. (Speech without a larynx.)** *Journ. amer. med. assoc. 24. Mai 1913.*

Verf. hat in hohem Grade befriedigende Resultate dadurch erzielt, dass er dem Patienten den Mechanismus für die Bildung eines jeden Lautes auseinandersetzte und dadurch das Interesse des Patienten erweckte. EMIL MAYER.

84) **Trömner** (Hamburg). **Das Stottern eine Zwangsneurose.** *Med. Klinik. No. 10. 1914.*

Im Grossen und Ganzen lassen sich drei Stadien unterscheiden: Das erste, meist kindliche Stadium der reinen Lauthemmung, entstehend auf Grund irgendwelcher Sprachungeschicklichkeit, psychomotorischer Indispositionen oder cerebraler Schwächezustände. Ein zweites Stadium würde man als das der secundären Abwehrbewegungen bezeichnen können. Eine dritte Entwicklungsphase würde durch den stärker werdenden, in manchen Fällen sogar autosuggestiv oder phobieartig überwiegenden Einfluss von Angstvorstellungen charakterisirt sein.

SEIFERT.

85) **Robert Foy. Behandlung des Stotterns mittels des Ductophons. (Traitement du begaiement par le ductophone.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. Tome XVI. No. 6. 1914.*

An Stelle des Willens (der Aufmerksamkeit), über den die Patienten bisher in grossem Maasse verfügen mussten, um das Stottern loszuwerden, schlägt Foy die Benutzung seines Apparates vor, der automatisch die Patienten zum normalen Sprechen heranzieht. Der Ductophon besteht aus einem Metronom, einer Claviatur (2 Tasten) und einem Respirationsgürtel. Dadurch, dass Patient rhythmisch die Tasten niederdrückt, gewöhnt er sein Sprachcentrum an eine rhythmische Arbeit. Der Grundgedanke von der Ausstrahlung des Impulses vom Sprachcentrum bis auf die nachbarlichen motorischen Centra stammt von Féré. LAUTMANN.

86) **Citelli** (Catania). **Die Chordektomie bei den Stimmbändermedianstellungstenosen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 851. 1914. Bollet. delle malattie dell' orecchio. Jan. 1914.*

Empfehlung der von ihm angegebenen und kürzlich durch Iwanoff empfohlenen Methode. Das Narbenpolster, welches sich an Stelle des abgetragenen Stimmbandes bildet, wird um so weniger weit in das Lumen des Kehlkopfes hereinragen, je exacter und glatter die Abtragung erfolgte und je weniger die umgebende Schleimhaut geschädigt wurde. Namentlich muss darauf geachtet werden, die vordere Commissur nicht zu verletzen.

C. hat seine Methode 8mal ausgeführt und zwar 6mal die Chordectomia externa und nur 2mal die Chordectomia interna. Die Chordectomia externa (nach Thyreotomie) wird in der Regel den Vorzug verdienen, da auf diesem äusseren Wege die Entfernung des Stimmbandes sich leichter ausführen lässt und sicherere Resultate ergiebt. OPPIKOFER.

87) **Henry L. Lynal. Fälle zur Veranschaulichung der Resultate bei Behandlung chronischer Larynxstenose. (Cases shewing results of treatment of chronic stenosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Verf. zeigt an der Hand von 4 Fällen von erschwerter Extubation, wie man durch Anwendung von enghalsigen und Dilatationstuben auch in schwierigsten Fällen bei hinreichender Geduld schliesslich zum Ziele gelangt. EMIL MAYER.

88) **J. Bonczkiewicz. Zur Casuistik der Kehlkopfintubation bei den Kindern. (Z karuistykt intubacji krtani u dzieci.)** *Gaz. lek. No. 45. 1913.*

Es wird über 10 Fälle berichtet, von denen in 7 Fällen wegen primären, in einem Fall wegen secundären Kehlkopfcroup und in einem Fall wegen Symptomen von Laryngospasmus die Intubation ausgeführt wurde. Im Ganzen wurde 13 mal intubirt, wobei die Tube eine Minute bis 96 Stunden im Larynx verweilte. Es wurden die Originalinstrumente O. Dwyer's verwendet. B. ist der Meinung, die Intubation bilde im Verein mit der Serumtherapie eine mächtige Waffe gegen Kindercroup, die Methode könne und soll die Tracheotomie ersetzen.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **F. Massei. Ein schwerer Zufall bei der Kehlkopfintubation. (Un grave incidente per intubazione laringea.)** *Arch. ital. di laring. Januar 1914.*

Bei der Intubation brach der Mandrin ab und fiel in den Bronchialbaum, wurde aber durch geeignete Maassnahmen dazu gebracht, spontan ausgestossen zu werden. Verf. führt bei dieser Gelegenheit einige Fälle aus seiner Praxis an, bei denen eine spontane Ausstossung des Fremdkörpers nach relativ langer Zeit erfolgte. Er berichtet ferner über zwei tödtlich verlaufende Fremdkörperfälle (eine Nadel und einen Nagel) aus seiner vorbronchoskopischen Zeit.

Verf. weist auf die Gefahren hin, die bei der Intubation dadurch entstehen können, dass der Mandrin nicht fest ist und discutirt die Frage der Verantwortlichkeit des Arztes vor Gericht in solchen Fällen. CALAMIDA.

90) **J. v. Bókay** (Budapest). **Ueber die locale Behandlung der durch Intubation entstandenen decubitalen Geschwüre.** *Orvosi hetilap. No. 41. 1913.*

Verf. hat seit 1891 die Intubation in 2000 Fällen angewendet. Gegen decubitale Geschwüre verwendet er Broncetuben mit schlankem Halse und stärkerer subglottischer Wölbung (von der Firma G. Ermold, New York), wo der Halsteil mit einer Schicht von Gelatine überzogen ist, in welche pulverisirter Alaun eingepresst wird. Diese Tuben sind in 85 Fällen und zwar $52^1/_2$ –414 Stunden lang, durchschnittlich aber 113 Stunden lang, angewendet worden. Von den Fällen wurden 51 geheilt und die secundäre Tracheotomie musste in 21 Fällen ausgeführt werden. POLYAK.

91) **Stephan** (Berlin). **Ueber Laryngostomie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2301. 1913.*

Bei narbigen Stenosen des Larynx ist in der Killian'schen Klinik in zehn Fällen die Laryngostomie ausgeführt worden, über die Vortr. unter Demonstration von Patienten berichtet. ZARNIKO.

92) **Dufourmentel. Neue Dilatationscanüle. (Nouvelle canule dilatatrice.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1913.*

Auch die neue Brüggemann'sche Canüle ist dem Autor bekannt, jedoch weder diese, noch die vorher empfohlenen, bieten die Vorteile, wie die empfohlene (bei D. Simal). Sie wirkt im Allgemeinen wie eine Schornsteincanüle, nur wirkt der Mechanismus mittelst einer Schraube. Die Canüle führt zu keiner Verbiegung der Trachea, giebt nicht Ursache zur Spornbildung, gestattet das Sprechen, wirkt als Dilatationscanüle usw. Sie wird auf der Abtheilung von Sébileau in schweren Fällen von Decanülement, Stenosen usw. verwendet. LAUTMANN.

f) Schilddrüse.

93) **J. Broeckaert. Ein Fall von Kropf mit Erstickungserscheinungen. (A propos d'un cas de goitre suffocant.)** *Soc. belge de chirurgie. 27. Dec. 1913.*

Die beiden Seitenlappen, sowohl wie die Mittellappen der Schilddrüse waren stark hyperplasirt; der letztere comprimirte die Trachea von vorn nach hinten, so dass Dyspnoe entstand. Verf. entfernte den rechten und den Mittellappen. Heilung.

PARMENTIER.

94) **G. Solaro. Osteosarkom der Schilddrüse. (Osteosarcoma della ghiandola tiroidea.)** *Clinica chirurgica. 1913.*

Nach einem Ueberblick über die einschlägige Literatur giebt Verf. eine persönliche Beobachtung wieder von einem Fall, wo ein Tumor der Schilddrüse vom Typus des Spindelzellensarkoms mit Zonen von Knochen- und Knorpelgewebe darin vorhanden war. Verf. weist auf die Seltenheit derartiger Tumoren hin.

CALAMIDA.

95) **Lenormant. Die Thymektomie beim Basedow. (La thymectomie dans le goitre exophthalmique.)** *Presse médicale. No. 13. 1914.*

Diesem Sammelreferate liegen eine ganze Reihe jüngst erschienener Arbeiten, zumeist von chirurgischer Seite, zu Grunde. Es sind bisher 14 Thymektomien beim Basedow gemacht worden, mit einem Todesfall. Die Prognose der Schilddrüsenoperation wird durch die gleichzeitige Thymektomie eher gebessert. Verf. ist vorläufig skeptisch gegen den Werth der Thymusexstirpation beim Basedow. Findet man eine vergrösserte Thymus während der Schilddrüsenoperation, so kann man die subcapsuläre Ausschälung der Thymus vornehmen. Bevor man jedoch die Operation vornimmt, ist es angezeigt, den Pat. mittelst Röntgenstrahlen zu behandeln. LAUTMANN.

96) **J. M. Blackford** und **A. H. Sandford. Blutdruckherabsetzende Stoffe im Blutserum von Basedowkranken. (Demonstration of depressive substances in serum of blood of patients affected with exophtalmic goiter.)** *American journal of medical sciences. December 1913.*

Es wurden die Sera von 28 Patienten geprüft; dieselben betrafen sowohl einfache Kröpfe wie Basedowfälle. Nur die Sera von Patienten mit activen Basedowsymptomen und ausgesprochener Hyperplasie der Drüse, die mikroskopisch nach-

gewiesen wurde, brachten bei Hunden, denen sie injicirt wurden, Symptome von Herabsetzung des Blutdrucks hervor.

Verff. sind der Ansicht, dass die im Serum Basedowkranker enthaltene blutdruckherabsetzende Substanz in directer Proportion stehe zu der Schwere der Erkrankung.

EMIL MAYER.

g) Oesophagus.

97) **Robert Saundby. Syphilitische Lähmung der Speiseröhre. (Syphilitic paralysis of the oesophagus.)** *Brit. med. journal. 31. Januar 1914.*

42jähriger Mann wurde 18 Jahre vorher syphilitisch inficirt, litt seit einiger Zeit an epileptischen Anfällen, die unter Hg und Jod aufhörten. Vor 8 Tagen trat Unfähigkeit zu schlucken auf und er wurde mit der Sonde ernährt. Die Sonde passirte die Speiseröhre ohne jede Schwierigkeit. Die Schlucklähmung ging unter Jod und Hg zurück und ist nicht wiedergekehrt. Verf. hat nur noch einen Fall von syphilitischer Lähmung des Oesophagus in der Literatur gefunden (Power und Murphy, Vol. IV. A system of syphilis).

A. J. WRIGHT.

98) **H. Chiari** (Strassburg i. E.) **Ueber Fremdkörperverletzung des Oesophagus und Aortenperforation.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 1. 1914.*

2 Krankheitsfälle. Verf. hebt hervor, dass der Exitus in der Regel nicht sogleich auf das Trauma, sondern erst nach einer Reihe von Tagen erfolge und dass er in den meisten Fällen nicht durch Decubitus, sondern durch eine eitrig-jauchige Zellgewebsphlegmone zwischen Oesophagus und Aorta verschuldet sei.

ZARNIKO.

99) **Ed. Richard. Fremdkörper im Oesophagus. Periesophagitis. Extraction mittels Oesophagoskopie. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 43. 1913.*

Die Perioesophagitis ist bereits 24 Stunden nach dem Unfall aufgetreten. Die Extraction war schwierig und benöthigte 2 Sitzungen. Im Anschluss an die erste Sitzung wurde der Fremdkörper, ein viereckiges Knochenstück, in die Tiefe dislocirt und konnte erst zwei Tage später, nach 6 vergeblichen Versuchen, extrahirt werden. Heilung.

LAUTMANN.

100) **Guisez. Fremdkörper im Oesophagus. (Etude sur les corps étrangers de l'oesophage.)** *Presse médicale. No. 101. S. 1020. 1913.*

Kleine Knochen sind im Röntgenbild kaum zu erkennen. In 40 Fällen war ein Knochenfremdkörper vorhanden, trotz negativen Resultates bei der Durchleuchtung. Bei 200 Fällen von G. hat die Radiographie bloss in 45 pCt. ein positives Resultat ergeben. Die Oesophagoskopie muss unmittelbar an die Radiographie angeschlossen werden, weil die Fremdkörper im Oesophagus leicht sich deplaciren. Bei der Extraction des Fremdkörpers muss namentlich auf den Spasmus des Oesophagus geachtet werden. Eine energische Cocainisation durch das Oesophagoskop gestattet in vielen Fällen den Fremdkörper zu lockern, ja mitunter so sehr, dass der Fremdkörper spontan seine unterbrochene Fahrt nach unten fortsetzt.

LAUTMANN.

101) **D. v. Navratil** (Budapest). **Ueber die Oesophagusnaht.** *Verh. der ungar. Ges. f. Chir. VI. Jahresvers. 23.—24. Mai 1913. S. 77.*

Verf. schliesst die Oesophaguswunde in der Mucosa mit Beutelnaht, die Muskulatur des Oesophagus wird mit Kürschnernaht vereinigt, und darüber die am unteren Pole mobilisirte Schilddrüse fixirt. Nach diesem Verfahren vereinigen sich die Nähte prompt.

POLYAK.

102) **L. v. Bakay** (Budapest). **Plastik des Oesophagus.** *Verh. der ungar. Ges. f. Chir. VI. Jahresvers. 23.—24. Mai 1913. S. 292.*

Der 19 Jahre alte Patient ist wegen undurchdringlicher Narbenstenose des Oesophagus vor 3 Jahren gastrostomirt worden. Vortr. nahm eine über 20 cm lange Darmschlinge des Jejunums, lagerte sie unter die Haut durch das Mesocolon transversum, stellte noch in derselben Sitzung die Anastomose zwischen Magen und Darm her, gleichzeitig mit der Herstellung der Continuität des Darmes und der Naht der oralen Partie der Jejunumschlinge zur Haut. In einer zweiten Sitzung erfolgte dann die Naht der Speiseröhrenwand am Halse; dies war der schwersteTheil der Aufgabe, da der Halstheil des Oesophagus narbig verengt war, und sich zurückzog. Um den Verschluss der Halswunde zu verhindern, legte Vortr. Thiersch-Lappen auf eine dicke Drainröhre mit der Epidermisseite gegen die Röhre, und es gelang ihm auf diese Weise die Halswunde zu epithelisiren. Der letzte Act der Operation wird nächstens ausgeführt, vorläufig ist die Halsfistel mit dem Darm durch eine Drainröhre verbunden, durch welche der Pat. sich sehr gut ernähren kann.

POLYAK.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **E. W. Scripture. Stuttering and Lisping.** New York. MacMillan. 1913.

Der erste Theil des Buches handelt vom Stottern, das nach dem Verfasser eine Psychoneurose — „die allgemeine Angstneurose“ — ist. Der Patient stottert, weil er fürchtet, er werde stottern. Die Ursache ist oft ein Shock, weniger häufig die Erschöpfung nach einer schweren Krankheit. Viele Fälle werden durch Nachahmung verursacht und der Verf. weist auf die Gefahr hin, die ein stotterndes Kind für seine Gefährten bedeutet. Die Hauptsymptome sind: Psychische Uebererregbarkeit und Spasmus der Sprachmuskeln; Aengstlichkeit; Fixirung dieser Zustände durch Gewohnheit; das Bestehen dieser Symptome nur in Gegenwart anderer Personen.

Die physikalische Grundlage des Zustandes ist ein Krampf oder Spasmus der Muskeln, die mit dem Sprechen zu thun haben; das Ziel der Behandlung ist, den Spasmus zu überwinden und dem Patienten Vertrauen zu seiner Fähigkeit, normal zu sprechen, einzuflössen. Verf. beginnt damit, dass er die Patienten mit Singstimme sprechen lässt. Die Behandlung wird zuerst allein vorgenommen, später, wenn der Patient Vertrauen zu sich selbst gewonnen hat, dürfen Fremde dabei sein.

Im zweiten Theil des Buches bespricht Verf. ausführlich das phonetische Alphabet. Er definirt das Lispeln als „verschiedene Sprachstörungen, deren

Characteristicum im Wesentlichen in Aussprachedefecten liegt". Er theilt es ein in: Lispeln aus Nachlässigkeit; aus organischer Ursache; neurotisches Lispeln und Poltern („cluttering"). Das Lispeln aus Nachlässigkeit ist die Folge von Unaufmerksamkeit des Kindes beim Sprechenlernen. Das organische Lispeln ist durch irgendwelche Defecte der Sprachorgane verursacht, wie Hasenscharte, Gaumenspalte etc. oder durch mangelhaftes Hören. Correction dieser Defecte ist Hauptbedingung. Das neurotische Lispeln ist dem Stottern verwandt. Der Patient ist zu nervös, um die für ein accurates Sprechen nothwendigen feinen Einstellungen der Sprachwerkzeuge auszuführen. Das Poltern ist durch grosse Nervosität charakterisirt, welche sich in excessiver Schnelligkeit beim Sprechen nebst ungenauer Aussprache charakterisirt.

Verf. stützt alle seine Ausführungen durch persönliche Erfahrungen. Er schliesst mit einer Reihe von Uebungen zur Correction der verschiedenen Störungen. Er giebt eine Anzahl von Diagrammen wieder von Mundhöhle und Larynx während der Wiedergabe der typischen englischen Laute. **Emil Mayer.**

---

b) Rhino-laryngologische Section des Königl. ungarischen Aerztevereins in Budapest.

II. Sitzung am 11. März 1913.

1. Z. Donogány: Die Behandlung der acuten Tonsillitis.

2. D. v. Navratil: Stirnhöhlenempyem nach Killian operirt.

3. D. v. Navratil stellt eine Patientin vor, welche vor 2 Jahren sich den Kehlkopf mit einem Rasirmesser durchschnitt. Die langdauernde Eiterung führte zur Nekrose des Knorpels mit hochgradiger Stenose. Tracheotomie. Vor 2 Monaten Laryngofissur, wobei festgestellt wurde, dass der Schildknorpel vollständig fehlt und deshalb auch keine Knorpel- oder Knochenplastik anwendbar ist. Es wurde eine Rinne für die Wolff'sche Sprachcanüle angelegt und mit Hilfe dieses Apparates ist die Sprache wesentlich gebessert worden.

4. L. Polyák: Zwei mit intranasaler Dacryocystostomie operirte Fälle.

Die Operation besteht in der Entfernung der ganzen nasalen Sackwand auf intranasalem Wege, so wie dies Toti von aussen thut. Beide Fälle von Sackeiterung sind vollständig ausgeheilt.

K. v. Láng hält die Operation nicht für einfach und die Orientirung ist auch nicht leicht. Das Verfahren bedarf noch verschiedener Besserungen, hat aber eine grosse Zukunft.

M. Paunz begrüsst mit Freude diese neue Operation, welche berufen ist, die bisherigen Operationen, die Sackexstirpationen und die Toti'sche Operation, in vielen Fällen zu ersetzen. Besonders bei Frauen ist es wichtig, eine Methode zu besitzen, welche keine sichtbare Narbe zurücklässt.

5. E. Kellermann: Lues der Kieferhöhle unter dem Bilde eines malignen Tumors.

46 Jahre alte Frau. Rechts Nasenverstopfung, fötider Ausfluss. Aufnahme

auf die Polyák'sche Abtheilung am 16. 1. Die rechte Nase war mit gangränöser, fötider Geschwulst und Detritus ausgefüllt. Ausräumung mit Zangen. Die laterale Wand fehlte, die Tumoren stammten aus der Kieferhöhle. Wassermann schwach positiv. Histologischer Befund quoad Tumor negativ. Auf antiluetische Cur etwas Besserung. Neue Ausräumung vor 4 Wochen. Seither ist das Gesicht abgeschwollen.

Z. Donogány hat den Fall mitbeobachtet. Es ist interessant, dass die Lues hier in Tumorform auftrat. Einen ähnlichen Fall, wo das Grundleiden Tuberculose war, hat er vor 8 Jahren demonstrirt.

L. Laub: Ein ähnlicher Fall war auf Carcinom des harten Gaumens verdächtig und heilte prompt auf eine Schmiercur.

6. E. Kellermann: Seltenere Form von Kehlkopflues.

Die Frau wurde wegen Stenose vor einem Jahre anderwärtig tracheotomirt. Aufnahme auf die Polyák'sche Abtheilung am 14. 12. 1912. Das Spiegelbild war jenes eines infiltrirenden Tumors, jedoch Wassermann +++. Nach 4wöchiger antiluetischer Behandlung hat die Patientin ein nekrotisches Knochenstück, offenbar einen Theil des verknöcherten Knorpels ausgehustet, seither ist die Stimme rein und die Stenose geringer. Die Athmung ist aber noch lange nicht frei, die Stimmlippen bewegen sich nur wenig.

7. E. Kellermann: Atresia nasopharyngis.

Die 50 Jahre alte Frau wurde von Polyák vor 10 Jahren wegen desselben Leidens operirt. Die histologische Untersuchung der entfernten Gewebsstücke war damals negativ. Seit einem Jahre verstopfte sich die Nase wieder. Aufnahme auf die Abtheilung am 7. 3. Ringförmige narbige Stenose im Nasenrachenraume. Stumpfe Dilatation mit dem Finger vor 4 Tagen. Die Nasenathmung ist seither frei.

8. L. Laub: Rhinogener retrobulbärer Abscess durch Operation geheilt.

III. Sitzung am 28. Mai 1913.

1. L. v. Uthy: Tonsillektomie wegen artificiellen Hämatoms der Tonsille.

2. L. v. Uthy: Nasencorrection auf Gypsmoulagen.

3. M. Fleischmann: Tuberculoma septi.

Haselnussgrosser Tumor an der rechten Seite des Septums wurde von Paunz am 20. 4. operirt. Derzeit vollständig ausgeheilt, ohne Perforation.

4. E. Révész: Zwei Fälle von Septumtuberculom.

Beide Fälle sind auf der Morelli'schen Abteilung operirt worden.

M. Paunz hat bis jetzt 5 Fälle beobachtet. Der Process erinnert an die Inoculationsverrucae der Pathologen und entsteht zweifellos auf dem Wege der Autoinoculation.

A. Lengyel: Auf der Kehlkopfklinik sind im vergangenen Jahre 10 Fälle beobachtet worden.

5. K. v. Láng: Fall von Sinusitis frontalis abscedens.

Hat bis jetzt 12 Fälle beobachtet. Dieser Fall steht noch vor der Operation und soll nachträglich wieder demonstriert werden.



6. L. Polyák: Mittels intranasaler Dacryocystostomie operirte Fälle.

Verf. hat bis jetzt 15 Fälle operirt. Fall I wurde vor 10 Wochen mit gleichzeitiger submucöser Septumresection operirt, war Anfangs ganz gut, jetzt ist aber bei Druck von aussen (Gegendruck) etwas schleimiger Eiter in der Nase sichtbar und die Oeffnung hat sich auch verkleinert. Fall II ist vor 5 Tagen unter sehr schweren anatomischen Verhältnissen operirt worden, eine 15 mm lange, 7—8 mm breite und 4—5 mm dicke Knochenpartie (Demonstration) musste ausgemeisselt werden, ausserdem mussten Siebbeinzellen und die Ansatzstelle der mittleren Muschel resecirt werden. Gegenwärtig ist die ganze nasale Sackwand à la Toti resecirt.

Vortr. will jetzt schon betonen, dass weder die Toti'sche äussere, noch seine intranasale Dacryocystostomie in allen Fällen die vollständige ideale Ausheilung der Dacryocystitis purul. ergeben. Vom ophthalmologischen Standpunkte ist das Resultat vollständig, weil die Retention aufhört, Eiter und Thränenabfluss sofort in Ordnung kommen, doch der Rhinologe kann es beobachten, dass die Eiterung weiter besteht, nur fliesst der Eiter unbehindert in die Nase ab. Eine Nachbehandlung von der Nase aus ist in solchen Fällen unvermeidlich und kann vollständige Heilung erzielen.

A. Réthi hat die Polyák'sche Operation in 2 Fällen gemacht. In einem Falle hat sich die Oeffnung teilweise wieder verschlossen, kann aber durch Sondirung offen gehalten werden.

7. E. Kellermann: Operirter Fall von Kiefercyste.

Die Operation wurde auf der Polyák'schen Abtheilung mittels des Denker-schen Schnittes gemacht. Die Cyste drang mit zwei Fortsätzen unter den Nasenboden und in die Kieferhöhle. Operation ohne Eröffnung der Kieferhöhle. Die Ausheilung auf dem Wege der Granulation ist bis heute fast vollständig.

M. Paunz hat bis jetzt 8 Fälle beobachtet. Bei der Operation macht er die breite Eröffnung. Kleine Cysten verheilen so gut, grössere heilen aber nie vollständig zu. Zuletzt hat er eine apfelgrosse Cyste, welche mit der Kieferhöhle nicht communicirte, auf die Weise operirt, dass er zuerst die vordere Wand ganz abtrug, dann eine Gegenöffnung in den unteren Nasengang machte und die orale Wand vernähte. Die Art der Operation im demonstrirten Fall ist nicht glücklich gewählt.

K. v. Láng: Nach der Operation, wie sie von Paunz angegeben wurde, granulirt die Wunde nicht zu und zwei Oeffnungen (gegen Nase und Mund) bleiben zurück. Redner hat einen bereits anderwärtig operirten Fall auf die Weise corrigirt, dass er einen Lappen aus der Wangenschleimhaut gebildet und in die Höhle eingedreht hat.

L. Polyák hat mit der demonstrirten Methode bereits 3 Fälle geheilt.

8. D. v. Navratil: Ueber den Wert der mit Lapispaste imprägnirten Mikulicz'schen Tampons in der Rhinolaryngologie.

Verf. beruft sich auf einen vor 2 Jahren hier gehaltenen Vortrag. Er wendet diese Tampons zur Blutstillung auch seither constant an, sie können 8—10 Tage in der Nase liegen, ohne dass sie übelriechend werden. Verf. tamponirt stets nach Nasenoperationen und hat weder Mittelohrentzündung noch Sinusitis beobachtet.

Auch bei plastischen Operationen können die Thiersch'schen Hautlappen durch diese Tampons besser fixirt werden.

L. Polyák citirt den Vortrag von Streit über bakteriologische Untersuchungen der Nasenhöhle, welche ergeben, dass der Tampon eine wahre Brutstätte für Bakterien ist. Zu vermeiden sind nach diesem Vortrage die wiederholten Operationen mit Tampon, weil bei der zweiten Operation die Infection zu befürchten ist. Auf Redners Abtheilung werden alle Nasenoperationen ohne Tampon und in einer Sitzung ausgeführt und dabei kommen Complicationen am allerseltensten vor. Der Tampon ist nur ein Nothbehelf für diejenigen, welche nicht klinisch arbeiten können.

K. v. Làng tamponirt seit 9 Jahren ohne Nachteil. Man muss rein arbeiten und Jodoformgaze anwenden.

J. Safranek: Auf der Klinik wird seit 2 Jahren der Mikulicz'sche Tampon angewendet, jedoch nie so lange liegen gelassen.

D. v. Navratil: Das Liegenlassen des Tampons für 8—10 Tage geschieht sehr selten. Ideal wäre, nicht zu tamponiren, dazu gehört aber eine Klinik oder eine Spitalsabtheilung.

IV. Sitzung am 25. November 1913.

Auf Antrag des Vorsitzenden A. v. Irsay beschliesst die Section, Hofrath Prof. E. v. Navratil anlässlich seines 80. Geburtstages zu begrüssen.

1. D. v. Navratil: Fall eines auf oralem Wege entfernten nasopharyngealen Fibroms (Schädelbasis-Fibrom).

Die Geschwulst war $8 \times 3^1/_2$ cm gross, und wurde bei dem 13 Jahre alten Patienten mit einem nach Modell der Geburtszange angefertigten Doppellöffel, in welchem haifischähnliche Spitzen angebracht sind, entfernt. Vor der Operation muss zur Controle der Knochenstructur eine Röntgenaufnahme gemacht werden, damit nicht etwa bei verdünntem Knochen während allzu starken Zuges mit der Zange die Schädelhöhle eröffnet werde.

2. D. v. Navratil: Ein neues Instrument zur Entfernung der nasopharyngealen Schädelbasis-Fibrome auf oralem Wege.

Demonstration des oben beschriebenen Instrumentes (zu beziehen von Neumann, Budapest, Josefring 33).

K. Morelli hat einen Fall vor 30 Jahren mit dem durch die Nase eingeführten starken Schraubenecraseur operiert; dies gelingt in Fällen, wo ein Stiel nachweisbar ist. In einem anderen Falle hat er auf oralem Wege (Spaltung des weichen Gaumens, Resection des harten Gaumens) operirt.

L. v. Uthy: Die von Morelli erwähnte Operation führt unbedingt zu wesentlichen Störungen der Sprache. v. Navratil's Instrument ist zweckmässig, nur muss die Anwendung erlernt werden.

3. D. v. Navratil: Die endonasale Entfernung eines durch die Stirn eingedrungenen Geschosses.

4. D. v. Navratil: Die Entfernung einer durch den Mund tief in den Körper des I. Halswirbels eingeheilten Kugel auf oralem Wege.

5. **M. Fleischmann: Selten grosses, cavernöses Hämangiom der unteren Muschel.**

Die Geschwulst sitzt tief auf dem hinteren Ende der unteren Muschel; ausserdem besteht eine Palatoschisis des Velums und der Uvula.

6. **M. Fleischmann: Tumorartiges Amyloid des Kehlkopfes.**

37 Jahre alter Mann. Mässiger Stridor. Oberhalb der vorderen Commissur ist nach rechts und hinten eine die Morgagni'sche Tasche ausfüllende, theils auch auf die hintere Wand übergreifende haselnussgrosse, schmutziggraue Tumorbildung von unregelmässiger Form sichtbar, welche die rechte Stimmlippe fast ganz zudeckt. Probeexcision aus dem bretthharten Tumor, die mikrochemische und mikroskopische Diagnose lautet auf Amyloid.

7. B. Freystadtl und J. Schütz: **Myelom der Tonsille.**

8. B. Freystadtl: **Papillom der hinteren Rachenwand.**

9. B. Freystadtl: **Das Röntgenbild der Keilbeinhöhle vom Epipharynx.**

Das Film liegt im Nasenrachenraum.

M. Paunz: Bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle kann man gewöhnlich etwas Oedem der Schleimhaut der vorderen Wand finden, und dieses Symptom ist sehr zu beachten. Röntgenaufnahmen allein können zu Irrthümern führen. Hauptsache ist die exacte rhinologische Untersuchung.

K. v. Láng: Hat schon vor Jahren Kuttner citirt, dass die Röntgenuntersuchung ein gutes Hülfsmittel ist, aber die klinische Untersuchung nicht ersetzen kann.

L. Réthi: Vortr. geht richtig vor, wenn er die Platte möglichst nahe zur Nebenhöhle bringt, noch wichtiger wäre, eine lange verticale Platte auf die hintere Rachenwand zu legen.

B. Freystadtl wollte nur eine neue Methode demonstriren, welche als Hülfsmittel brauchbar ist. Die Einführung des Films stösst auf keine Schwierigkeiten.

10. L. Polyák: **Mittels intranasaler Dacryocystostomie operirte Fälle.**

Verf. hat bis heute 64 Fälle operirt. Fünf geheilte Fälle werden diesmal demonstrirt. Bezüglich der Technik ist Vortragender jetzt der Ansicht, dass der Halle'sche Schleimhautperiostlappen thunlichst in allen Fällen beibehalten, und reponirt werden soll; dadurch lässt sich schnellere Wundheilung erzielen, und Synechien werden vermieden. Die Knochenöffnung soll stets möglichst weit angelegt werden, sonst gelingt die Resection der Sackwand nicht in genügendem Maasse. Zum Schlusse werden Verf.'s neueste Sack-Knochenstanzen in ihrer definitiven Form demonstrirt.

Z. Donogány hat die Operation bis jetzt 2mal ausgeführt, nur Anfangs ist die Technik und Orientirung nicht leicht, kann aber nach einiger Uebung leicht angeeignet werden.

M. Paunz: Hat heute den dritten Fall operirt. Die Methode ist geschickt und gut ausgearbeitet, kann in 15—20 Minuten ausgeführt werden, nur muss man



den Sack an der richtigen Stelle suchen. Der Meissel muss zuerst gut nach auswärts, dann nach einwärts gerichtet werden, und wir müssen vor der mittleren Muschel arbeiten. Die Operation ist entschieden zweckentsprechend. Es kann vorkommen, dass wir dabei die Siebbeinzellen oder die Kieferhöhle mit eröffnen, das ist aber auch kein Unglück.

L. Polyák: Es ist besser, zum ersten Versuch einen Fall mit Eiterung und Ektasie des Sackes zu wählen, da hier die Orientirung leichter ist. Bei Epiphora ist der Sack klein, und die Operation schwieriger. Man kann auch im Anfange 1—2 mal die Sonde durch den erweiterten Thränenpunkt zur Orientirung einführen, es ist aber im Interesse des Patienten, dass wir das thunlichst meiden sollen.

Ferner ist es nöthig, von aussen subperiostale Infiltrationsanästhesie zu machen, dann wird die ganze Operation schmerzlos.

Z. Donogány: Wir müssen den Meissel im Anfange sehr nach aussen richten, und das Septum ganz zur Seite drängen.

11. L. v. Uthy: Ueber die transversale Tracheotomie.

K. v. Láng frägt, was die Ursache, Zweck und Vorteile der transversalen Tracheotomie wären?

Z. Donogány hat selber die Operation nicht gemacht, aber vor 4 Wochen einen derartig operirten Fall gesehen. Nie ist ihm eine hässlichere Narbe zu Gesicht gekommen. Die transversale Hautwunde bildet eine Tasche, wo das Sekret zurückgehalten wird.

M. Paunz: Die Operation kann nur bei kurzdauernden präventiven Tracheotomien angezeigt werden.

A. Langyel ist derselben Ansicht.

D. v. Navratil: Bei Dislocationen der Trachea bietet diese Art der Schnittführung grosse Vorteile. Ausserdem ist die Canüle fixirt.

K. Morelli: Transversale Schnitte werden auch bei Selbstmordversuchen gemacht. Wir wissen alle, wie schlecht diese Wunden zuheilen.

L. v. Uthy: Die Einwände sind nur theoretischer Natur. Es giebt keine Operation, welche stets per primam zuheilt. Der demonstrirte Fall ist glatt geheilt. Eiterungen können auch bei verticaler Schnittführung eintreten.

12. D. v. Navratil: Ueber die Operation der Gaumenmandeln.

Vortr. war nie ein Anhänger der heutzutage übertriebenen Tonsillektomien. Wie man überaus grosse Mandeln verkleinert, ist Sache der Gewohnheit, aber dass wir gering veränderte Mandeln total entfernen, entspricht doch nicht ganz dem Zwecke. Deshalb hat er folgende Methode angegeben: Wir ziehen die zu operirende Tonsille mit dem stumpfen Doppellöffel gut hervor, mit einem Scheerenschlag befreien wir sie von dem vorderen und dem hinteren Arcus, und die auf diese Weise hervorgetretene Tonsille reinigen wir mit einem scharfen Löffel; die hängenden Fetzchen entfernen wir mit der Scheere. Die gesunden Theile werden geschont und zurückgelassen. Blutung ist minimal. Bei Tumoren, und bei wiederholten peritonsillären Abscessen bleibt die Tonsillektomie indicirt. Das Morcellement mit dem Morcelleur ist schon ganz verlassen worden.



Z. Donogány: Alle Methoden sind gut, wenn sie gut eingeübt werden. Wir müssen aber nicht darnach trachten, die Mandel herauszunehmen, sondern die kranke Mandel auszuheilen. Wir können selten genau angeben, wie viel von der Tonsille krank ist, da wir nicht wissen, ob Grösse, äussere Erscheinung oder Zustand der Recessi maassgebend sind. Manchmal können die schwersten Entzündungen durch Massage ausgeheilt werden, bei kryptogenetischer Sepsis ist das Morcellement brauchbar. Auch Navratil's Methode und die Tonsillektomie finden ihre Indicationen in geeigneten Fällen. Der Streit wird erst dann entschieden, wenn wir die gesunde Tonsille von der erkrankten sicher unterscheiden können.

A. Réthi hält die von Burger aufgestellten Indicationen für maassgebend. Mit dem v. Navratil'schen Verfahren entfernen wir mehr als nothwendig ist.

L. Polyák hat im verlaufenen Jahre Material zu einer Statistik gesammelt. Bei Ohrenärzten wird $^1/_2$—25 pCt. des ganzen Materials Rachenmandel- und Mandeloperationen unterworfen, bei Rhinologen $^1/_2$—15—17 pCt. Bei Redner macht die Zahl der Mandeloperationen $^1/_2$ pCt. des ganzen Materials, wäre aber noch geringer, wenn er allein operirt hätte. Die Internisten verlangen von uns bei kryptogenetischer Sepsis oder Albuminurie die Operation, welche wir nur allzuhäufig ohne Erfolg ausführen. Die Resultate sollen besser controlirt, und die entfernten Mandeln untersucht werden, damit wir sehen, wie oft gesunde Mandeln entfernt werden.

K. Morelli und K. v. Láng.

D. v. Navratil: Die Erfahrung lehrt uns, wann wir operiren sollen. Die Fälle können nicht vor der Operation mikroskopisch untersucht werden.

Polyák.

---

c) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Februar 1913.

1. M. Hajek stellt einen 17 jährigen Mann vor, bei welchem wegen Symptomen einer Stirnhöhleneiterung andernorts die Resection der mittleren Muschel mit nachfolgender wiederholter Ansaugung des Secretes mittelst des Sondermann-schen Ballons durchgeführt wurde. Da die subjectiven Beschwerden jedoch stetig zunahmen, entschloss sich H. zur Radicaloperation nach Killian. Die Stirnhöhle war erfüllt von stark ödematöser Schleimhaut, so dass gar kein Lumen in der Stirnhöhle constatirt werden konnte. Es bestand keine Eiterung. Als Ursache für diese starke ödematöse Schwellung und die starken Schmerzen glaubt H. das Ansaugeverfahren annehmen zu müssen, vor dem er schon wiederholt gewarnt hat.

Ferner zeigt H. zahlreiche Polypen aus einem Siebbeinlabyrinth, zu deren Diagnose mehrmalige Untersuchungen nothwendig waren, nachdem die äussere, d. h. nasale Partie der Schleimhaut unverändert geblieben ist und keinerlei abnormales Secret zu sehen war.

Discussion:

Marschik bestätigt die Erfahrungen Hajek's, verweist auf die Röntgenuntersuchung und lässt in Fällen, in denen man kein Secret sieht, die Nebenhöhlen unberührt.

Weil legt grossen diagnostischen Werth auf die constant gleichartigen Schmerzen an der charakteristischen Stelle und entfernt in solchen Fällen häufig das vordere Ende der mittleren Muschel.

Roth ist im Princip gegen die Ansaugung und verwendet Lufteinblasungen entweder durch das Röhrchen per ostium naturale oder in Form der Politzerschen Luftdouche.

Im Schlusswort spricht Hajek einiges über die Kopfschmerzen bei Nebenhöhlenempyemen.

2. Menzel spricht über einen Fall von grossen Schäffer'schen Wülsten des Septums, deren histologische Untersuchung eine Hypertrophie der Drüsenschläuche der Schleimhaut mit Bildung lymphknötchenartiger Anhäufungen von Rundzellen auf entzündlicher Basis ergab.

Als zweiten Fall demonstrirt M. als Zufallsbefund einen 38jährigen Mann mit angeborener Membranbildung im Nasenrachenraum, dessen linkė Hälfte durch die Membran in eine vordere und hintere Partie geteilt erscheint. M. hält die Membran für eine congenitale.

Drittens trägt M. den histologischen Befund des vor einigen Monaten demonstrierten Tumors des Tubenwulstes nach. Es handelt sich um einen adenoiden Polypen mit reichlicher Fetteinlagerung.

3. Hanszel demonstrirt eine Patientin mit Lupus am cartilaginösen Septum nasi rechts, am hinteren Ende der unteren Nasenmuschel links und am vorderen linken Gaumenbogen. Weder in den Lungen, noch sonst Tuberculose nachweisbar. Bemerkungen über die Bestrahlungstherapie.

4. Kofler: Demonstration von zwei Instrumenten für die submucöse Septumoperation nach Killian und eine Oesophagusbougie mit anschraubbarer Kapsel, welche mit dem Dominici-Röhrchen versehen, zur Bestrahlung der Speiseröhre dienen soll.

Weil hält einen Vortrag „Einiges über Mandeloperationen", woran sich eine längere Discussion schliesst.

Sitzung vom 5. März 1913.

1. Glas: Demonstration eines Falles von Chorditis vocalis hypertrophica oder Laryngitis hypoglottica chronica hypertrophica.

Discussion:

Fein glaubt, dass es sich hier um einen angeborenen Zustand handelt, nachdem angeblich niemals subjective Beschwerden bestanden.

Hajek plaidirt mehr für die entzündliche Natur dieser Wülste.

Grossmann hat einen ähnlichen Fall vor vielen Jahren an der Klinik von v. Schrötter gesehen.

2. Glas stellt einen Patienten mit stark ausgebildetem Torus palatinus vor.



3. Menzel: Demonstration eines Glasbläsers mit beiderseitigen Laryngocelen. M. behält sich vor, nach systematischen Untersuchungen der Arbeiter in Glasfabriken über die näheren Details dieser Affection zu berichten. In diesem Falle war übrigens auch die Ektasie des Ductus Stenonianus und des Musculus buccinator der einen Seite zu sehen, welche sich in einer halbkugelförmigen Vorwölbung der einen Wange beim Aufblasen des Mundes documentirte.

Discussion: Chiari erinnert an einen Fall von Türck, bei welchem sich während der Exspiration die beiden Taschenfalten in Form von Segeln aufblähten, in noch viel höherem Maasse, als in dem vorgestellten Falle.

4. Menzel stellt ein 19jähriges Mädchen mit einer narbigen Membran unterhalb der Glottis vor, welche Veränderung als Folge der wegen Diphtherie vorgenommenen Intubation aufzufassen ist, und hält die Elektrolyse für das zweckmässigste therapeutische Verfahren gegen diese Membranbildungen.

Discussion:

Hanszel plaidirt auf Grund eines erst kürzlich beobachteten und behandelten analogen Falles für die Dilatationsbehandlung mit eigens gekrümmten Schrötterschen Röhren.

Chiari sah von der Schrötter'schen Dilatation bei Narbenbildung in der Trachea nach Tracheotomie z. B. ebenfalls noch relativ die besten Erfolge.

Menzel glaubt, dass vier elektrolytische Sitzungen zur Heilung genügen dürften.

5. Marschik hat bei einer 21jährigen Patientin wegen Rhinitis atrophica foetida beide mittlere Muscheln mit gutem Erfolge resecirt. Zu dieser Operation entschloss sich M. wegen der Vermuthung einer Siebbeinerkrankung.

Discussion: Kofler sah auch häufig einen günstigen Einfluss der endonasalen Eröffnung des Sieb- und Keilbeines auf die Ozaenabeschwerden.

6. F. Neumann demonstrirt Instrumente zur endolaryngealen Application von Radium (Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngol.).

7. F. Neumann stellt ein 18jähriges Mädchen mit Rhinolalia aperta vor. Es handelt sich um einen abnorm kurzen, weichen Gaumen mit verdeckter knöcherner Gaumenspalte. Der Vortr. will in die hintere Rachenwand ein Paraffindepot bringen.

8. Frühwald demonstrirt eine Patientin mit Perichondritis laryngea externa und interna des Schildknorpels mit grosser Abscessbildung. Er spricht u. A. über die Differentialdiagnose gegen Strumitis und Bursitis. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab, dass es sich um eine Mischinfection handelt. Die Perichondritis interna war jedenfalls eine tuberculöse.

Discussion:

Grossmann kennt die Patientin, die ihm von der dermatologischen Abtheilung Prof. Ehrmann's, wo sie wegen Lues in Behandlung stand, zugewiesen wurde und hat sie wegen Papeln an beiden Stimmbändern längere Zeit mit Erfolg behandelt.

Chiari erwähnt, dass Lues und Tuberculose ja nicht selten gleichzeitig vorhanden sind.

Hanszel sah kürzlich einen analogen Fall, bei welchem der perichondritische Abscess wahrscheinlich im Anschluss an eine traumatische Verletzung der Schleimhaut mit folgender Wundinfection sich entwickelte.

Frühwald erwidert Grossmann, dass ihm von einer luetischen Erkrankung nichts bekannt war, aber trotzdem glaubt, dass es sich um eine tuberculöse Perichondritis mit secundärer Infection handelt.

9. Chiari stellt eine 35jährige Frau mit stridorösem Athmen vor, welche öfters an Lungenkatarrhen litt. Vor 14 Tagen Hämoptoe, welche auf eine Lungenerkrankung bezogen wurde. Mittelst des Bronchoskops konnte C. in der Höhe des 8. Trachealringes einen höckerigen Tumor mit der scharfen Pincette entfernen.

Sitzung vom 9. April 1913.

1. F. Neumann demonstrirt einen Patienten, bei welchem er ein handtellergrosses Oesophagusdivertikel zwischen Larynx und Jugulum operirte. Das Divertikel wurde freigelegt, an der Basis ligirt, jedoch nicht abgetragen, sondern in Jodoformgaze gehüllt und die beiden Enden des Gazestreifens zur Wunde herausgeleitet. Nach einiger Zeit wird das ligirte Diverticulum nekrotisch und mittels der einhüllenden Gaze entfernt. N. umgeht dabei die Naht bzw. die Eröffnung des Oesophagus und somit die Gefahr einer Mediastinitis. Der Pat. ist heute am fünften Tage nach der Operation bei gutem Allgemeinbefinden und isst normale Kost.

F. Neumann demonstrirt eine kleine Zahnprothese aus dem linken Bronchus.

F. Neumann: Vorzeigen zweier Instrumente, welche dazu dienen, bei Nachblutungen nach Tonsillektomien Michel'sche Klammern anzulegen und sie wieder zu entfernen.

Schliesslich demonstrirt er das Präparat eines periösophagitischen Senkungsabscesses bei einem Knaben, welche Erkrankung fieberlos verlief und wobei es plötzlich durch einen Hustenstoss resp. Zerreissen der dünnen Trennungsschicht zu einem Pneumothorax und Emphysem des Netzes kam und das Kind starb.

Discussion: Marschik spricht des Näheren über die Oesophagusdivertikelligatur nach Goldmann (Freiburg).

2. Fein stellt einen 16jährigen Burschen mit Erythema multiforme der Schleimhaut der Lippe, des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes mit Mitbetheiligung der äusseren Haut vor.

Discussion: Glas verweist auf zwei von ihm beobachtete Fälle ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut und bespricht die Schwierigkeit der Diagnose in diesen Fällen, die dann nur per exclusionem gestellt werden könne.

3. Tschiassny demonstrirt mittels des Hay-Kohler'schen Apparates aufgenommene Photographien einer congenitalen Membran im Nasenrachenraum.



4. Frühwald zeigt eine Zahnprothese, die er mittels des Oesophagoskops entfernt hat.

Discussion: Chiari giebt die Anregung, den Zahnärzten nahezulegen, nicht zu kleine Zahnprothesen zu verfertigen, die stets eine Lebensgefahr für den Träger bedingen.

5. Hanszel demonstrirt eine Pravaz-Nadel mit Hartgummiconus, die er unter schwierigen Verhältnissen einem Collegen unter Leitung des Spiegels aus der Trachea entfernt hat. Der College hatte die Nadel aspirirt.

Discussion: Tschiassny bemerkt, dass die Firma Fischer in Freiburg ein Instrument herstellt, welches derartig eingespiesste Nadeln aus den oberen Luft- und Speisewegen geradezu automatisch entfernt, allerdings nur für auf endoskopischem Wege vorzunehmende Extraction gedacht ist.

6. Marschik zeigt die in der Decembersitzung 1912 demonstrirte Patientin mit Carcinom des Aryknorpels. Vortr. hat im December die Radicaloperation nach Gluck ausgeführt mit Exstirpation der Lymphdrüsen beider Halsseiten und Exstirpation des Pharynx und Larynx und spricht ausführlich über Verschliessen von Trachealfisteln.

Zweitens demonstrirt M. einen daumengliedgrossen Knochen, den er mittels directer Tracheoskopie aus der Ringknorpelenge des Larynx entfernte. Er betont an der Hand dieser Fälle die Thatsache, welche brutale Manipulationen die Schleimhaut der oberen Luftwege des Erwachsenen ohne stärkere Reaction verträgt und spricht bei dieser Gelegenheit über die Gefahrlosigkeit und auch Zweckmässigkeit der peroralen Intubation.

Discussion: Glas meint, dass diese Toleranz der Schleimhäute wohl für nicht spitze Fremdkörper besteht; bei grossen spitzen Fremdkörpern aber im Kehlkopfgebiete würde er doch wohl die Laryngo- oder Tracheofissur wegen der reactiven Schwellung vorziehen.

Sitzung vom 7. Mai 1913.

1. Tschiassny demonstrirt einen Fall von Tuberculose der Tonsille mit Geschwürsbildung.

2. Menzel stellt ein Cylindrom des Nasenrachenraumes vor, das er mittels Adenotoms, soweit als möglich, entfernen will, um dann mit Radium nachzubehandeln.

Weiter stellt M. einen 40jährigen Mann vor mit einem Cylindrom, ausgehend von der Kieferhöhlenschleimhaut.

3. Glas führt nochmals den vor 8 Wochen demonstrirten Fall von Laryngitis hypoglottica chronica hypertrophica vor, bei welchem keine Veränderung seither zu verzeichnen ist.

Discussion:

Fein bleibt auch heute bei der Annahme eines angeborenen Zustandes.

Réthi hält den Zustand für erworben und zwar als Folgezustand nach einer vielleicht im kindlichen Alter durchgemachten subglottischen Laryngitis.

4. Neumann stellt ein 9jähriges Mädchen vor, bei welchem er wegen eines Siebbeinabscesses auf Grundlage von Scharlach das Siebbein radical operirte

und das Kind der Heilung zuführte, wobei auch die Neuritis retrobulbaris vollständig geschwunden ist.

Discussion: Glas kommt in solchen Fällen meist mit der intranasalen conservativen Therapie aus und rechnet die Fälle, wie den vorgestellten, zu den Seltenheiten.

5. Schlemmer hat bei einem Patienten wegen Carcinoms der linken aryepiglottischen Falte, das auf den Pharynx übergegriffen hatte, eine Halbseitenexstirpation ausgeführt, nachdem er nach Ligatur der tiefen Halsvene den grossen Drüsentumor entfernt hat. Als bei der sehr schwierigen Operation die letzte sichtbare Drüse entfernt war, fehlte mit Ausnahme der Arteria carotis interna und externa und des Plexusnerven bis auf die tiefste Halsmusculatur alles. Den Muskelbauch des Sternocleido hat der Vortr. gespalten und als Gefässscheide verwendet und kann dieses Verfahren für alle ähnliche Fälle als Gefässschutz bestens empfehlen. Die weitere Operation war typisch und das Operationsfeld wurde in der bekannten Art nach Gluck versorgt. Leider wurde der mediane Thürflügellappen nekrotisch, was dann eine recht umfängliche Lappenverschiebung vom Thorax her nöthig machte. Im weiteren Verlaufe war eine langwierige Epilation der Lappenhaare nothwendig. Vor der vollständigen Schlussplastik hat der Vortr. ein ca. 4 cm langes Rippenknorpelstück als Stütze unter den in Aussicht genommenen Decklappen zur Einheilung gebracht. Der heute im 7. Monat nach der Radicaloperation sich befindende Patient zeigt keine Spur eines localen Recidivs und wird nun mit stark gefilterten Radiumdosen gleichsam zur Sicherheit bestrahlt.

Weiter stellt Schlemmer einen 52jährigen Patienten vor, bei welchem er vor 14 Monaten wegen eines Carcinoms der Uvula mit beiderseitigen Drüsenmetastasen in Localanästhesie die Radicaloperation (Drüsenexstirpation, Entfernung des primären Tumors sammt beiderseitiger Tonsillektomie) ausführte. Auch dieser Kranke wurde längere Zeit mit Radium bestrahlt. Patient zeigt heute kein locales Recidiv.

6. Weil demonstrirt das mikroskopische Präparat von einem Myoma laryngis. Es handelte sich um ein Leiomyom. Er verweist auf die Wichtigkeit der Färbung nach van Gieson und meint, dass unter den älteren Präparaten sich vielleicht noch manche Myome finden werden, welche als Fibrom oder Sarkom gedeutet wurden.

Sitzung vom 4. Juni 1913.

1. Fein demonstrirt ein 17jähriges Mädchen, dem er aus der linken Gaumenmandel einen grossen Tonsillarstein ($2^1/_2$ cm im Durchmesser) entfernt hat. Es bestanden geringe Beschwerden.

Ferner demonstrirt Fein das Präparat von dem Kehlkopf einer 75jährigen Frau, die im Anschluss an ein Trauma auf die Kehlkopfgegend bzw. Fractur des Larynx kurze Zeit nach dem Unfall gestorben war. Unter Anderem: Bruch durch den Schildknorpelwinkel, Fractur des Ringknorpels.

2. Glas zeigt ein Kind, bei dem er ein Diaphragma der Trachea mit gutem Erfolg dilatirt hat.

3. Neumann stellt einen Patienten vor, den er wegen Nekrose der vorderen Wand der Stirnhöhle nach Killian operirt hat, wobei sich herausstellte, dass



auch die Hinterwand nekrotisch war und die Dura frei lag. Guter Erfolg in jeder Hinsicht.

Ferner führt N. eine Patientin vor, bei welcher er die rechtsseitige Oberkieferresection wegen eines Basalzellencarcinoms mit Unterbindung der Carotis radical mit Erfolg durchgeführt hat. Aus Vorsorge wird Radiumbestrahlung weiter angewendet.

Drittens demonstrirt N. einen 19jährigen Patienten mit Oberkiefertumor, einem Angiofibrom. Unterbindung der Carotis externa, Radicalexstirpation mittels des Langenbeck'schen Schnittes. In allen drei Fällen kam die Inhalationsnarkose, wie schon mehrmals erwähnt, mit bestem Erfolg zur Anwendung.

Viertens stellt N. den in der Aprilsitzung dieses Jahres demonstrirten Patienten mit Oesophagusdivertikel in Larynxhöhe vor und bespricht die Vortheile der Goldmann'schen Operationsmethode, die hier mit Erfolg zur Ausführung kam.

4. Kofler führt eine Patientin mit Cystenbildung am Naseneingang beiderseits vor. Operationsbeschreibung. Es handelt sich um eine Retentionscyste.

In der Discussion meint Weil, dass die Doppelseitigkeit und die Symmetrie der Cysten dafür spreche, dass die Cysten in diesem Falle angeboren sind, was Kofler nicht annehmen möchte, nachdem er diese Affection auch einseitig gesehen habe und die Patientin den Beginn des Leidens genau in die Zeit vor 10 Jahren datirt. Es folgen einige differentialdiagnostische Bemerkungen gegenüber den Zahnfächercysten. Der histologische Befund der operirten Cyste steht noch aus.

5. Weil demonstrirt das Präparat von Tuberculose der Tonsille des in der vorigen Sitzung von Tschiassny vorgestellten Falles.

6. Braun zeigt einen Fall von latentem Uranoschisma bei Uvula bifida, das bei regelmässiger Palpation — einer Anregung F. Neumann's entsprechend — bei Uvula bifida relativ häufig nachweisbar zu sein scheint.

7. Frühwald demonstrirt einen Patienten mit Defect an beiden vorderen Gaumenbögen und Aplasie der Tonsille. Ob es sich hier um einen congenitalen Defect oder einen solchen nach einer frühzeitig erworbenen Lues handelt, ist jetzt schwer zu entscheiden.

Ferner zeigt F. eine neue fadenfixirende Klemme zur tiefen Ligatur; im Wesen ein Péan, auf deren einer Branche ein Schieber auf- und abgleitet.

Drittens zeigt F. eine Gaumenplatte mit vier Zähnen, aus dem Oesophagus auf endoskopischem Wege entfernt.

8. Hanszel stellt eine Patientin mit einer seltenen Schleimhautaffection im Mund und Rachen vor, ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut. Besprechung der einzelnen in Frage kommenden Affectionen.

In der Discussion halten Roth und Fein diese Affection für ein Erythema multiforme exsudativum.

9. Marschik zeigt einen Fall von Nekrose und Caries des linken Oberkiefers und Nasenbeins, Defect des Nasenrückens. Die Diagnose ist noch nicht abgeschlossen; es handelt sich entweder um ein beginnendes Carcinom auf der Basis von chronischer Lues oder um ein primäres Carcinom vom Typus des Cirrhus oder des Ulcus rodens.

Hanszel.



d) Sechzehnter Congress der Società Italiana di Oto-Rino-Laringologia.

Rom, 11.—13. November 1913.

Vorsitzender: Ferruccio Putelli (Venedig).
Schriftführer: Federico Brunetti (Venedig).

In der Eröffnungsrede gedenkt der Vorsitzende der verstorbenen Mitglieder Egidi und Fasano. Er wirft einen Rückblick auf die Entwicklung unserer Specialität, hebt hervor, dass das Zusammenarbeiten mit den Augenärzten einen neuen Fortschritt bedeute und nimmt die gesammte Chirurgie des Gesichtes und Halses für die Specialität in Anspruch.

Es wurde dann feierlich die von der Gesellschaft gestiftete Büste Emilio Rossi's, des Begründers der italienischen otologischen Schule, im Policlinico enthüllt, wobei Ferreri, der Schüler und Nachfolger Rossi's, die Gedächtnissrede hielt.

Die Arbeiten rhino-laryngologischen Inhalts des Congresses waren:

G. Gradenigo (Turin): Gegenwärtiger Stand der internationalen Sammelforschung über die Ozaena.

G. fordert die italienischen Collegen auf, die Untersuchungen von Perez und Hofer nachzuprüfen.

G. Alagna (Palermo): Beitrag zur Aetiologie und Structur des Rhinoskleroms.

A. setzt die Methode der Mitochondrien auseinander (Regaud), um die Frisch'schen Bacillen sichtbar zu machen. Diese Methode gelingt immer, auch da, wo alle anderen Methoden versagen. Was die Genese der Mikulicz'schen Zellen anbelangt, so glaubt A. im Gegensatz zu Schridde, dass sie nicht constant durch Degeneration von Plasmazellen entstehen, sondern dass sie auch infolge von Veränderungen von Bindegewebszellen entstehen, besonders im makrophagischen Stadium.

G. Canestro (Genua): Ueber die submucöse Septumresection.

C. geht von der Annahme aus, dass die Zerreissungen der Schleimhaut bei der submucösen Resection oft von einer mangelhaften Ablösung derselben nach oben und besonders nach unten herrührt und hat deshalb von Pfau (Berlin) ein Elevatorium anfertigen lassen, das nicht, wie die gewöhnlichen Elevatorien, in dem Sinne von vorne nach hinten, sondern von oben nach unten und umgekehrt wirkt.

G. Ceroni (Faenza): Modificationen bei der submucösen Septumresection.

Redner setzt im Detail einige Modificationen auseinander, die er in der Technik der submucösen Septumresection gemacht und mit denen er gute Resultate erzielt hatte.

G. Ferreri (Rom): Innere oder äussere Dacryocystorhinostomie?

F. lässt die verschiedenen zur Eröffnung des Thränensackes vorgeschlagenen endonasalen Methoden Revue passiren und kritisirt sie; er setzt die Gründe auseinander, weswegen er die äussere Methode nach Toti oder die Modification dieser Operation nach Cirincione vorzieht.



Nassetti (Siena): Der untere nasale Weg zur Inangriffnahme der Hypophyse.

Baglioni und Bilancioni (Rom): Untersuchungen über die verschiedene Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut.

Die Verfasser haben zunächst die tactile Sensibilität des Larynx geprüft und zwar mittelst der Methode der punktförmigen Stimulationen nach Frey, indem eine mehr oder minder starre Borste, die an einem Metallstiel befestigt ist, unter Führung des Laryngoskops bis zur Glottis eingeführt wird. Schon von vornherein lässt sich mit einer gewissen Bestimmtheit behaupten, dass der Kehlkopf keine Tastpunkte hat vergleichbar denen der Zunge, der Lippen oder der Finger, dank deren wir im Stande sind, die Empfindungen leichten Drucks zu haben, auf Grund deren wir die Form und Consistenz äusserer Objecte wahrnehmen können. Dagegen besitzt die Larynxschleimhaut Schmerzpunkte, deren Erregbarkeitsschwelle sehr niedrig liegt, so dass leichter Druck schon heftige Schmerzempfindungen auslöst, womit gebieterische Abwehrreflexe sich verbinden. Das würde übereinstimmen mit der Annahme von Beaunis, dass die Regelung der Stimmbandbewegungen die Berührungsempfindlichkeit der Larynxschleimhaut wenig oder gar nicht beeinflusst.

Massei (Neapel): Ein schwerer Zufall bei der Intubation.
(Referirt in dieser Nummer des Centralblatts, Ref. 89.)

G. Alagna (Palermo): Ueber die circuläre Resection der Trachea.

A. berichtet über einige Versuche an Hunden, aus denen hervorgeht, dass die Naht der beiden Trachealstümpfe nicht Anlass zu einer erheblicheren Stenose des Tracheallumens giebt, wenn man nur Sorge dafür trägt, dass die Stümpfe in vollkommener Weise adaptirt sind.

A. Torretta (Genua): Beitrag zur Hyperästhesie im Bereich des Ramus internus des N. laryngeus superior.

Nach einer Uebersicht über die verschiedenen Methoden der Behandlung der Hyperästhesie im Kehlkopf, mit besonderer Bezugnahme auf die Dysphagie der Tuberculösen, berichtet T. über 5 Fälle von regionären Alkoholinjectionen (3 einseitige und 2 doppelseitige) und über einen nach seiner eigenen Methode mittelst Resection des inneren Astes des Laryngeus superior behandelten Fall. Er verbreitet sich ausführlich über den Effect dieser Operation und erörtert die verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten für die Thatsache, dass nach einiger Zeit auf der operirten Seite die Schmerzempfindlichkeit sich wieder herstellt. Aus diesem Anlass bespricht er die verschiedenen Wege der Anastomosenbildung mit der anderen Seite und zwar des Recurrens, des Vagus und Sympathicus. Er stellt die Indicationen fest für die Alkoholinjectionen, für die Resectionen des Laryngeus superior und für die Sympathektomie nach Jaboulay.

F. Brunetti (Venedig): Die Hoffmann'sche Methode und die Resection des Ramus internus des Laryngeus superior.

B. berichtet über ausgezeichnete Resultate, die er mit den Alkohol-Novocaininjectionen in den inneren Ast des Laryngeus superior erzielt hat. In zwei Fällen hat er, gleichfalls mit dem besten Erfolg, die einseitige Resection des Nerven nach

der Methode von Moure und Celles gemacht, die er besser findet, als die von Chalier und Bonnet. Er berichtet über das Verhalten der Sensibilität des Larynx nach diesen Eingriffen.

G. Bilancioni (Rom): Die familiäre Form der Kehlkopftuberculose.

Bisweilen beobachtet man Fälle von Larynxtuberculose bei den Mitgliedern derselben Familie, die durch die Gleichartigkeit des Verlaufes, durch gleiche anatomische und klinische Characteristica auffallen. B. berichtet über verschiedene Gruppen solcher Kranken, die er in der oto-laryngologischen Klinik in Rom und im Ospizio Umberto für Tuberculöse hat verfolgen können. Bisweilen entsteht die Erkrankung gleichzeitig oder kurz hintereinander bei zwei Familienmitgliedern und zwar gerade mit einer specifischen Affection des Larynx. B. führt zwei typische derartige Fälle an, der eine betraf zwei Schwestern von ca. 12 Jahren, der andere einen Bruder und eine Schwester von 25 Jahren. Was die pathogenetische Erklärung dieser familiären Form der Erkrankung anbelangt, so können verschiedene Hypothesen aufgestellt werden: Erstens kann es sich um gleiche Erblichkeit handeln, die homochron in die Erscheinung treten kann; diese Hypothese ist durch die Untersuchungen von Landouzy und Laederich bekräftigt. Zweitens kann man an eine Familienansteckung denken. Die dritte Hypothese ist, dass eine topographische Organprädisposition für die Tuberculose bei den Personen derselben Familie herrscht.

F. Maltese (Pisa): Beitrag zur Aetiologie des Prolapsus ventriculi Morgagni.

Ausgehend von einem Fall seiner Praxis, in dem nach Abtragung eines enormen, einer Cyste gleichenden Prolapses sich schwere Lungenerscheinungen entwickelten, die an das Vorhandensein einer tuberculösen Infection schon vor dem Eingriff denken liessen, spricht M. seine Meinung dahin aus, dass der Prolapsus ventriculi in einer gewissen Anzahl von Fällen tuberculöser Natur sei, auch wenn dies histologisch nicht nachweisbar ist.

M. Artelli (Bologna): Calciummagnesia zur Behandlung der Kehlkopfpapillome.

A. berichtet über einen von ihm seit 3 Monaten mit evidentem Erfolg behandelten Fall. Er hält es für Pflicht, diese Behandlung stets dem chirurgischen Eingriff vorausgehen zu lassen.

V. Grazzi: Ueber eine äusserst seltene Form von Glosso-Epiglottitis „Herpes supralaryngeus“.

Unter der bezeichneten Krankheit versteht G. eine Localisation von Herpes auf den Ligamenta glosso-epiglottica, dem freien Rand der Epiglottis und den oberen Theilen des Larynx. Verf. hat in seiner ganzen Praxis bisher nur 4 derartige Fälle gesehen. Bei allen diesen Fällen war keine Betheiligung des Pharynx vorhanden, sondern der Herpes beschränkte sich ausschliesslich auf die oberen Partien des Larynx. G. geht genauer auf die Krankengeschichte des einen seiner Fälle ein, eines Mannes, der häufig Eruptionen von Herpes auch an anderen Körpertheilen hatte. Die Schluckschmerzen waren in diesem Falle so erheblich, dass die

Nahrungsaufnahme fast unmöglich war; auch stieg die Temperatur einmal bis auf 41. In allen Fällen ging dem Ausbruch des Herpes eine Erkältung vorauf. Die Therapie ist eine rein symptomatische; sie besteht in directer Application von ätherischer Jodoformlösung und zur Schmerzstillung besonders vor dem Essen Aufpinseln von Cocain und Menthol.

F. Lasagna: Inhalationen von Mineralwässern bei Sängern.

L. zieht aus seinen Erfahrungen die Folgerung, dass die Jodwässer bei den diffusen hypertrophischen Katarrhen angewandt werden sollen, die Schwefelwässer bei den trockenen congestiven Formen. Die ersteren müssen bei Sängern mit Vorsicht angewandt werden.

F. Brunetti (Venedig): Die endotrachealen Injectionen von medicamentösen Oelen bei Lungengangrän und Tuberculose.

B. bespricht die Technik und die Indicationen des Verfahrens; er berichtet über 4 auf diese Weise geheilte Fälle von Lungengangrän.

A. Torretta: Syphilitische Secundärerscheinungen auf den Nasenrachenraum beschränkt.

In dem Falle des Verfassers war die einzige Erscheinung eine den Nasenrachenraum einnehmende Geschwulst von ziemlich harter Consistenz, welche bei der Digitalexploration etwas blutete. Nach drei Monaten erschien ein ulceröses Syphiloderm.

F. Maltese (Pisa): Linksseitige Oberkieferhöhleneiterung traumatischen Ursprungs.

Es handelte sich um einen Patienten, der 13 Tage vorher unter den Erscheinungen einer acuten Oberkiefereiterung erkrankt war. Bei der Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus zeigte sich, dass sie vollkommen ausgefüllt war von acut entzündlichem Gewebe. M. bringt die Erkrankung in ursächlichen Zusammenhang mit einem Fall vom Pferde, den Patient zwei Monate vorher erlitten hatte und wobei er einen Hufschlag gegen die Wange erhalten hatte, so dass die linke Regio suborbitalis blutunterlaufen war.

F. Maltese (Pisa): Recidivirendes Granulom des Larynx bei einem Syphilitiker mittelst Laryngostomie behandelt.

Auf Grund einer persönlichen Beobachtung kommt M. zu dem Schluss, dass gewisse Neubildungen (Granulome) von sicher syphilitischer Natur, wenn sie begonnen haben, eine fibröse Umbildung zu erleiden, sich wenig oder garnicht durch eine specifische Behandlung beeinflussen lassen und daher chirurgisch wie andere gutartige Tumoren behandelt werden müssen.

F. Brunetti (Venedig): Die Milchsäurefermente in der Oto-Rhinologie.

B. verwendet die Milchsäurefermente mit bestem Erfolge bei Ozaena und bei alten Ohreiterungen, besonders bei der fötiden Otorrhoe und bei Granulationsbildung in der Paukenhöhle. Ein Vortheil der Methode, besonders bei der Ozaena, ist ihre leichte Anwendbarkeit; sie bewirkt ein schnelles Verschwinden des Fötors und wird sehr gut vertragen.

M. Artelli (Bologna). Die Joddämpfe in der Oto-Rhinoiatrie.

Verf. hat sehr gute Resultate gehabt bei chronischen Ohreiterungen mit auf die Paukenhöhle beschränkten Veränderungen und in zwei Fällen von schwerer Ozaena.

Calamida.

III. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

XXI. Versammlung zu Kiel. Am 29. und 30. Mai 1914.

Angemeldete Vorträge:

1. Katzenstein (Berlin): 1. Demonstration von Instrumenten: a) Apparat zur Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Luftröhre; b) Apparate für starke Erwärmung des Halses; c) Compressorium des Kehlkopfes in seiner jetzigen Form. — 2. Vortrag über eine neue Methode der Massage des Halses, besonders bei Stimmleiden.
2. Gerber (Königsberg i. Pr.): Studien zur Histologie des Schleimhautlupus.
3. Polyák (Budapest): 1. Neuere Technik, Indication und Resultate der intranasalen Dakryocystostomie. — 2. Der intranasale Operationsweg zur Eröffnung gewisser Orbitalabscesse und zur Resection des Nervus ethmoidalis.
4. Chiari (Wien): Zur Technik der Oesophagoskopie.
5. Marschik (Wien): 1. Zur Technik der Radicaloperation der Stirnhöhle und der Kieferhöhle. — 2. Erfahrungen der Radiumbehandlung von Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege. — 3. Ueber Gastroskopie und Gastrophotographie.
6. Kofler (Wien): 1. Perseptale Operationen an der lateralen Nasenwand, einschliesslich der Operationen an den Thränenwegen. — 2. Die Vaccinationstherapie der Ozaena.
7. Neumann (Wien): Zur Kenntniss der Kehlkopfverletzungen.
8. Spiess (Frankfurt a. M.): Chemotherapie der Kehlkopftuberculose.
9. Safranek (Budapest): Ergebnisse der Vaccinationstherapie bei Ozaena.
10. Freystadtl (Budapest): Röntgenaufnahmen der Keilbeinhöhle vom Epipharynx aus.
11. Réthi, A. (Budapest): 1. Methode zur intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle. — 2. Methode zur indirecten Untersuchung und Operationen des Larynx. — 3. Zur Dysphagie-Therapie.
12. Marx (Heidelberg): Untersuchungen zur Bakteriologie der Nase.
13. Kümmel (Heidelberg): Seltene Complication bei galvanokaustischer Behandlung einer Kehlkopftuberculose.
14. Walliczek (Breslau): Erfahrungen mit Friedmann's Tuberculin bei Larynxtuberculose.
15. Thost (Hamburg): Die Behandlung nichtoperabler Carcinome.
16. Halle (Berlin). 1. Physiologische und kosmetische Correcturen der Nasenform in der Hand des Rhinologen. — 2. Die intranasalen Operationen bei eitrigen Erkrankungen der Nebenhöhlen (Mittheilung neuer Versuche bzw. Methoden). Beide Vorträge mit Diapositiven.
17. v. Eicken (Giessen): 1. Zur Kosmetik nach Stirnhöhlenoperationen. — 2. Zur Technik der Septumoperation. — 3. Ein Fremdkörper der Speiseröhre mit tödtlichem Ausgang.
18. Brüggemann (Giessen): 1. Seltene Befunde bei Kieferhöhlenempyemen. — 2. Verbesserte Bolzencanüle. — 3. Zur Technik der Spülung von Nebenhöhlen.
19. Flatau (Berlin): Plethorische Stimmstörungen und ihre physiotherapeutische Heilung.

20. Friedrich (Kiel): Ueber maligne Tumoren der Nasennebenhöhlen.
21. Menzel (Wien): Ueber durch gewisse Staubarten hervorgerufene Berufserkrankungen der oberen Luftwege.
22. Hirsch, C. (Stuttgart): Aneurysma der Carotis interna.
23. Brieger (Breslau): Die Prognose der chronischen Stirnhöhleneiterung.
24. Krampitz (Breslau): Die Indication für die Mesothoriumanwendung in den oberen Luftwegen und deren bisherige Ergebnisse.
25. Winckler (Bremen): Ueber Tonsillenoperationen im Kindesalter.
26. Denker (Halle a. S.): 1. Zur Therapie der malignen Tumoren der Luft- und Speisewege. — 2. Kurze Bemerkung über Pituitrin als blutstillendes Mittel.
27. Manasse (Strassburg i. E.): Beitrag zur Lehre von den primären malignen Geschwülsten des Gaumens.
28. West (Berlin): Ueber die intranasale Behandlung der Dakryostenose.
29. Richter (Leipzig): Zur Operationstechnik grosser Zahncysten im Oberkiefer.
30. Preysing (Köln): Klinische Erfahrungen mit der Radiumtherapie (mit Demonstration).
31. Fein (Wien): Ueber eine seltene Kehlkopfgeschwulst.
32. Valentin (Bern): Casuistische Mittheilungen in Oesophagoskopie und Bronchoskopie.
33. Kahler (Freiburg i. Br.): Klinische Erfahrungen mit der Mesothoriumtherapie der malignen Tumoren der oberen Luftwege.
34. Amersbach (Freiburg i. Br.): Zur Frage der partiellen Hyperostosen des Oberkiefers.
35. Steiner (Prag): Beitrag zur Pathologie der Rachenmandel.
36. Albrecht, W. (Berlin): Gegendruck-Autoskopie mit Seitenstützen (Demonstration).
37. Pick (Prag): 1. Ueber die Prognose des Skleroms. — 2. Demonstration zur Kenntniss der Trachealstenosen.
38. Klestadt (Breslau): Zur Frage der Recurrensdurchschneidung bei beiderseitiger Posticuslähmung.
39. Albanus (Hamburg): Ueber Grenzfälle des Lupus der Nasenschleimhaut.
40. Beck (Heidelberg): Ueber Tuberculose des Oesophagus.

Die Manuscripte der wissenschaftlichen Mittheilungen sind noch während der Versammlung dem Schriftführer zu übergeben. Verspätet eingehende Manuscripte können nicht mehr aufgenommen werden. Der Anmeldung der wissenschaftlichen Mittheilungen ist zugleich eine kurze Inhaltsangabe für die medicinische Presse beizufügen.

Spiess, Vorsitzender. Winckler, Kassenführer. Kahler, Schriftführer.

Für das Localcomité: Friedrich.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Die Jahresversammlung findet vom 11. bis 14. Mai in Paris (Hôtel des Sociétés Savantes, Rue Danton 8) unter dem Vorsitz von Dr. Weissmann statt. Die Tagesordnung ist wie folgt festgesetzt:

Lundi matin 11 mai, à 9 heures.

Communications de MM.: Castex (de Paris): Complications broncho-pulmonaires en chirurgie pharyngo laryngienne; pathogénie, prophylaxie, traitement. — Mouret (de Montpellier): Réflexions sur le traitement des suppurations fronto-ethmoïdales par la voie endonasale. — Fiocre et Labernadie (de Paris): Du traitement des suppurations fronto-ethmoïdales par la voie endonasale. — Mignon (de Nice): Malformation congénitale des narines; technique opératoire. — Sargnon (de Lyon): Contribution au traitement chirurgical des déformations nasales; pro-

thèses vivantes de cartilage et d'os: prothèse de cartilage foetal conservé dans le liquide de Ringer. — Bourguet (de Toulouse): Nos cas de plastique nasale. — Trétrôp (d'Anvers): Du traitement rationnel de l'exiguïté des fosses nasales respiratoires. — Raoult (de Nancy): Névralgies et migraines d'origine nasale et otique. — Lavrand (de Lille): L'anosmie chez les ozéneux. — Pachopos (de Symi, Turquie): Contribution au traitement de l'ozène. — Roy (de Montréal): De l'ozène dans les différentes races de la terre. — Pistre (de Grenoble): Essai d'utilisation du néo-salvarsan dans le coryza atrophique ozéneux. — Robert Foy (de Paris): Le nasonnement. — Bichaton (de Reims): Deux cas de sinusite maxillaire avec complications. — Mossé (de Perpignan): Vomissements acétonémiques et végétations adénoïdes. — Piaget (de Grenoble): Un cas d'hypertrophie du thymus. — Escat (de Toulouse): Forme fruste d'épithéliome de l'amygdale à développement exopharyngé. — Lafite-Dupont (de Bordeaux): Procédé à cicatrices cachées pour la résection du maxillaire supérieur, de l'éthmoïde, et pour l'accès sur le sphénoïde et le cavum. — Lafite-Dupont (de Bordeaux): Epithélioma de l'ethmoïde et du maxillaire chez une malade de quatorze ans opérée par ce procédé.

Lundi soir 11 mai, à 4 heures.

Communications de MM.: Chavanne (de Lyon): L'emploi du syrgol en oto-rhino-laryngologie. — Vacher et Denis (d'Orléans): Amygdalectomies et hémorragies post-opératoires. — Jacques (de Nancy): Traitement des symphyses palato-pharyngées par un procédé nouveau. — Baldenweck (de Paris): Présentation d'une broche ayant séjourné plusieurs mois dans le pharynx d'un nourrisson. — Garel (de Lyon) et Pistre (de Grenoble): Volumineux angiome naso-génien à évolution rapide et fatale chez une enfant de trois ans. — Pautet (de Limoges): Trois cas de polypes naso-pharyngiens avec prolongements, guéris par l'électrolyse. — Perretière (de Lyon): La mue de la voix et ses troubles. — Bar (de Nice): Un cas d'aspergillose. — Bar (de Nice): L'actinomycose et ses relations avec l'oreille. — Brindel (de Bordeaux): Quelques cas de surdité hystérique chez des fillettes. — Mignon (de Nice): Surdité unilatérale complète d'origine traumatique. — Coussieu (de Brive): Observation d'une fillette qui a expulsé par l'oreille un lombric de 15 centimètres. — Mossé (de Perpignan): Otite externe provoquée par la présence d'un perce-oreille dans le conduit. — Laval (de Toulouse): De l'amélioration spontanée dans les surdités à type labyrinthique. — Pautet (de Limoges): Deux cas de volumineux polypes de l'oreille. — Jacod (de Lyon): Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse (à propos de deux cas révélés uniquement par des symptômes d'obstruction tubaire).

Mardi matin 12 mai, à 9 heures.

Discussion du Rapport sur les Indications et Technique de laryngectomie, par MM. Lombard et Sargnon.

Communications de MM.: Lemaitre (de Paris): Laryngectomie totale sous anesthésie locale (novocaïne-adrénaline): présentation de malades et de pièces. — Sargnon (de Lyon): Contribution à la laryngostomie; parallèle de la trachéo-cricostomie et de la résection segmentaire trachéo-cricoïdienne. — Moure (de Bordeaux) et Got (de Cauterets): Sur un traitement moderne de certaines laryngites grippales et bacillaires. — Garel (de Lyon): Un cas de claudication intermittente du larynx. — Levesque (de Nantes): Abcès de la région sous-glottique. — Collet (de Lyon): Technique de l'héliothérapie du larynx. — Gault (de Dijon): Sur la technique de la rééducation dans l'aphonie nerveuse. — Raoult (de Nancy): Un cas de section traumatique de la trachée avec lésion du récurrent droit. — Guisez (de Paris): Du cancer primitif des bronches; étude oesophagoscopique: thérapeutique. — Guisez (de Paris): Sur cinquante cas d'intubation caoutchoutée oesophagienne. — Lombard et Le Mée (de Paris): L'oesophagoscopie sous aspiration continue. — Texier (de Nantes): Sur un cas de rétrécissement de l'oeso-

phage, avec pièces anatomiques. — Nepveu (de Paris): Deux volumineux polypes de l'oesophage. — Raucoule (de Clermont-Ferrand): Bouton de faux col dans la bronche gauche; extraction par bronchoscopie. — Chavanne (de Lyon): Les dernières modifications de Killian pour la laryngoscopie en suspension.

Mercredi matin 13 mai, à 9 heures.

Discussion du Rapport sur les Pansements concécutifs aux opérations mastoïdiennes, par M. Weissmann.

Communications de MM.: Moure (de Bordeaux): Considérations cliniques sur l'antrotomie. — Mahu (de Paris): Ce que deviennent les évidés. — Mouret (de Montpellier): Sur une variété de mastoïdite: la mastoïdite jugo-digastrique. — Denis et Vacher (d'Orléans): Contribution à l'étude des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires. — Broeckaert (de Gand): Intervention par la voie supra-auriculaire en cas d'otite associée à l'atteinte de l'oculo-moteur externe et du trijumeau. — Lannois et Gignoux (de Lyon): Méningite otogène à forme foudroyante. — Lannois et Jacod (de Lyon): Méningite otogèen prolongée et à rémissions. — Aboulker (d'Alger): Guérison spontanée et guérison chirurgicale de huit cas de méningites séreuses et de méningites aiguës septiques et aseptiques. — Jacques (de Nancy): Sur le syndrome de Gradenigo. — Lombard et Baldenweck (de Paris): Recherches cliniques sur le nystagmus par rotation. — Buys et Hennebert (de Bruxelles): De la déstabilisation galvanique. — Bourguet (de Toulouse): Démonstration de notre méthode pour l'évidement du labyrinthe avec la fraise électrique. — Aboulker (d'Alger): Trépanation décompressive de la fosse occipitale dans les labyrinthites non suppurées.

Jeudi matin 14 mai, à 9 heures.

Communications de MM.: De Parrel (de Paris): Influence de la technique employée et des moyens adjuvants mis en oeuvre sur la valeur des résultats obtenus par l'anacousie. — De Parrel (de Paris): La valeur des résultats obtenus par l'anacousie dépend de l'état local et général du sourd. — Egger (de Paris): Notes sur la rééducation auditive (anacousie).

Présentation d'instruments par MM.: Garel (de Lyon): Instruments divers. — Guisez (de Paris): Table pour broncho-oesophagoscopie et la pratique courante de la spécialité. — Jacques (de Nancy): Modifications à l'instrumentation endoscopique. — Pautet (de Limoges): Transformateur minuscule pour l'endoscopie. — Delair (de Paris): Larynx artificiel; présentation de sujet; maxillaire inférieur artificiel; dilatateur profond des narines. — Depierris (de Cauterets): Nouvel appareil pour insufflations tubo-tympaniques de vapeurs sulfureuses.

Personalnachrichten.

Die Herren Dr. Marschik und O. Hirsch in Wien haben sich daselbst für Laryngologie habilitirt.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, Juni. 1914. No. 6.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **J. Still Wishart, Chas. W. Richardson, S. MacCuen Smith. Unterricht in Oto-Laryngologie. (Teaching in oto-laryngology.)** *Journ. amer. med. assoc. 23. August 1913.*

Der Artikel stellt den Bericht dar, den die zur Bestimmung ber besten Unterrichtsmethoden in Oto-Laryngologie an den Untergraduate und Postgraduate Schools gewählte Commission erstattet hat. In Bezug auf den Unterricht an den Postgraduate Schools empfiehlt die Commission, dass ein Comité aus Vertretern der namhaften Specialgesellschaften Amerikas die Details des Programms ausarbeiten solle.

EMIL MAYER.

2) **Cazeneuve. Versuch einer Bemessung der Entschädigung nach Unfällen auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete. (Essai d'évaluation des incapacités etc.).** *Revue hebdom. de laryng. No. 5. 1914.*

Die Entschädigungen auf rhino-laryngologischem Gebiete sind vom Autor ziemlich willkürlich festgesetzt, da wenig gerichtliche Entscheidungen vorliegen. Für Anosmie schlägt C. 7 pCt., für Unwegsamkeit der Nase nach Unfall 10 bis 18 pCt., für Verlust der lauten Sprache 8 pCt., für totalen Stimmverlust 15 pCt. vor. Der grössere Theil der Arbeit bezieht sich auf Schädigungen des Ohres. Siehe eine ähnliche Arbeit von Lannois und Jaccod auf dem französischen Oto-Rhino-Laryngologencongress in Paris 1913.

LAUTMANN.

3) **Ettore Greggio** (Padua). **Ueber die Halscysten. (Eine anatomische Studie.)** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Die Untersuchungsergebnisse sind folgende: Die Bursa thyreo-hyoidea beim Menschen ist constant, einfach und median gelegen. Sie wird vorn begrenzt von der Membrana thyreo-hyoidea, hinten von dem Zungenbein und den Musculi sternohyoidei und thyreoidei. Die Maasse der Bursa betragen im Mittel 3 cm in der

Höhe und $2^1/_2$ cm in der Breite. Sie hat zwei seitliche obere, subhyoideal gelegene und sehr kleine Divertikel und zwei untere, erheblich grössere und kugelig gestaltete Divertikel, welch letztere auf der Vorderfläche des Schildknorpels liegen. Der Hohlraum der Bursa ist durch verschieden angeordnete Bindegewebslamellen getheilt; sie hat keine wirkliche sie begrenzende Wandung; sie ist vielmehr beim Kinde nur angedeutet durch eine Zone von lockerem Bindegewebe, das reich ist an elastischen Fasern und das von Spalten durchsetzt ist, die mit zunehmendem Alter immer grösser werden und an Zahl abnehmen. — Beim Erwachsenen besteht die Bursa aus einem einfachen Hohlraum, der begrenzt wird von den benachbarten Geweben und der durch bindegewebige Bündel und Scheidewände von wechselnder Zahl und Stärke durchzogen wird.

W. SOBERNHEIM.

4) **L. Ledoux. Schilddrüsen-Zungenfistel. (Fistule thyréoglosse.)** *Annales de la policlinique centrale. März 1914.*

Verf. berichtet zwei Fälle: In dem einen war eine Cyste des Ductus thyreoglossus am Zungengrund, in dem anderen war eine Fistel aussen am Halse vorhanden. Spritzte er durch die Fistel Methylenblaulösung, so kam diese am Foramen coecum heraus und umgekehrt. Im ersten Falle führte er eine Sonde durch das Foramen coecum ein und konnte dieselbe im Röntgenbild bis dicht über dem Zungenbein verfolgen.

PARMENTIER.

5) **A. Broca, H. Salin** und **Raoul Monod. Ein Fall von angeborener seitlicher Halsfistel mit „amygdaloider" Structur. (Un cas de fistule latérale congénitale du cou à structure amygdaloide.)** *Arch. de méd. expérim. Januar 1914.*

Es handelte sich um eine 23jährige Frau, bei der zuerst im Alter von zwei Jahren eine punktförmige Fistel einige Centimeter oberhalb der rechten Clavicula constatirt wurde, aus der bei Druck sich einige Tropfen seröser Flüssigkeit herauspressen liessen. Gegenwärtig schliesst sich die Fistel zeitweise; Pat. hat die sichere Empfindung, dass sie Eiter verschluckt. Bei der Operation kann man den Fistelgang bis zum Pharynx dicht bei der Tonsille verfolgen. Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ist für die Verff. eine Stütze ihrer Ansicht, dass die weitaus grösste Mehrzahl — wenn nicht alle — der seitlichen Halsfisteln eine lymphoide Structur haben. Die secundären Veränderungen in der Wand haben bisher die richtige Deutung der mikroskopischen Befunde erschwert. Es scheint feststehend, dass kein Unterschied besteht zwischen den angeborenen Halscysten mit dermo-lymphoider Wand und den seitlichen Halsfisteln.

Auf die Cysten wie auf die Fisteln könne man den Ausdruck „amygdaloid" anwenden, den Terrier und Lecène geschaffen haben.

GONTIER DE LA ROCHE.

6) **H. Bichelonne** und **A. Gassin. Tödtliche Halsphlegmone. Ausbreitung der Eiterung auf das vordere Mediastinum. (Phlegmon ligneux sushyoidien mortel. Autopsie. Propagation de la suppuration au médiastin antérieur.)** *Revue hebdom. No. 9. 1914.*

Der Ausgangspunkt war wie so häufig Zahncaries. Trotz ausgiebiger Incision der Phlegmone schritt die Krankheit rasch fort und führte durch Mediastinitis und Pericarditis in 3 Tagen zum Exitus. Bei der Autopsie zeigte sich ein

ausgesprochenes Oedem des Larynx, das zu Lebzeiten keine bestimmten Symptome gemacht hatte.

LAUTMANN.

7) **Bartholemy** und **Fairise** (Nancy). **Branchialkrebs des Halses eingeschlossen in die Submaxillardrüse. (Epithélioma branchial du cou inclus dans la glande sous-maxillaire.)** *Soc. de méd. Mai 1913.*

Die Erkrankung begann unter dem Bilde einer einfachen Adenitis. Eröffnung der vermeintlichen Adenophlegmone. Zwei Monate später krümeliger Eiter, dessen Untersuchung ein intraglanduläres Pflasterzellencarcinom ergab; normaler Weise kommt an dieser Stelle kein Pflasterepithel vor. Fünf Monate später Exitus in Folge Ausbreitung der Geschwulst und Arrosion eines grossen Blutgefässes.

GONTIER DE LA ROCHE.

8) **J. Bruno** (Heidelberg). **Ein Beitrag zur Aetiologie der spinalen Kinderlähmung.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münchener med. Wochenschr. No. 36. 1913.*

Unter Hinweis auf die grossen Fortschritte, die die neueren Forschungen über Aetiologie, Epidemiologie, Pathologie und Klinik der Poliomyelitis gezeitigt haben, deren Resultate auf dem internationalen Congress für Pädiatrie in Paris 1912 eingehend erörtert wurden, weist Autor daraufhin, dass als Eingangspforte für die Verbreitung dieser Erkrankung die Nasenrachenschleimhaut und der Darmtrakt in Betracht kommen. Er giebt der begründeten Vermuthung Ausdruck, dass die Infection vielfach durch mit Lähmungserscheinungen einhergehende und oft tödtlich verlaufende Erkrankungen von Hausthieren übertragen werde und berichtet zum Beweis über zwei mit leichten Tonsillitiden beginnende Fälle von Poliomyelitis bei 2 Geschwistern im Alter von 3 und 2 Jahren, die isolirt auf dem Gute ihrer Eltern ohne jede Berührung mit der Aussenwelt lebten. Hier war eine deutlich beobachtete Erkrankung des Hausgeflügels an Lähmungserscheinungen mit einem tödlichen Ausgang in den Vorwochen vorausgegangen. Mit dieser Auffassung stimmt auch die constatirte Vorliebe der Poliomyelitis, in ländlichen Districten sich anzusiedeln und von dort aus sich zu verbreiten, im Gegensatz zu der oft auffallend geringen Ausbreitung der Erkrankung in grossen, dichtbevölkerten Städten überein. Weitere Nachforschungen nach dieser Richtung ergaben noch zwei weitere Fälle aus ländlichem Kreis in der Nähe Heidelbergs mit directer Beziehung zu gelähmten Thieren. Anschliessend Schlussfolgerungen in prophylaktischer, ätiologischer und veterinärpolizeilicher Richtung.

HECHT.

9) **J. Moskovitz** (Budapest). **Entstehungsweise und Behandlung der rheumatischen Facialislähmung.** *Verh. d. königl. Aerztevereins in Budapest. No. 4. 1913.*

Die Noxe soll stets durch den Nasenrachenraum, durch die Tube in die Paukenhöhle eindringen. Zur Behandlung werden Einspritzungen von 2—3 proc. Mentholparaffin in den Nasenrachenraum vorgeschlagen.

POLYAK.

10) **Amicis** (Neapel). **Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum mit Exitus letalis.** *Archiv f. Dermatol. Bd. 116. H. 2. 1913.*

Ein an constitutioneller Syphilis leidender 21 jähriger Mann erkrankte an Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum. Nicht nur an der äusseren

Haut, sondern auch an der Mund- und Rachenschleimhaut fanden sich die charakteristischen Efflorescenzen, an den Gaumenbögen exsudative Auflagerungen mit nachträglicher Nekrose.

SEIFERT.

11) **A. Perutz** und **Sippel. Ueber Chemotherapie der Hauttuberculose durch intravenöse Infusionen von Aurum-Kaliumcyanatum mit besonderer Berücksichtigung des Schleimhautlupus.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 691. 1913.*

Es wurden 18 Fälle von Lupus (6 Fälle mit ausschliesslicher Hauterkrankung und 12 mit Haut- und Schleimhautlupus) mit Infusionen von Aurum-Kalium cyanatum behandelt: die günstige Beeinflussung war nur eine geringe und vorübergehende. Bei 2 der 16 Fälle stellte sich zudem ein schmerzhaftes Infiltrat ein und bei dem dritten Falle trat bei der vierten Infusion (0,04 Aurum-Kalium cyanatum) eine Ohnmacht auf, von der sich Patientin aber erholte. Hauck hat kürzlich über einen Todesfall nach Aurum-Kalium cyanatum-Behandlung berichtet. In dem neuen Goldpräparat ist also das ersehnte chemotherapeutische Mittel noch nicht gefunden.

OPPIKOFER.

12) **Salomon** (Koblenz). **Diathermiebehandlung bei Lupus vulgaris.** *Med. Klinik. No. 4. 1914.*

Ganz besonders gute Dienste leistet die Diathermiebehandlung bei dem Schleimhautlupus des Mundes und der Nase. Für die Nachbehandlung wird auch da wie bei Lupus der äusseren Haut $^1/_4$—$^1/_2$ proc. Pyrogallussalbe verwendet.

SEIFERT.

13) **H. Mestscherski** und **F. Grintschar** (Moskau). **Ein mit Varcin erfolglos behandelter und durch Anwendung physikalischer Behandlungsmethoden gebesserter Fall von Scleroma respiratorium der Nase und des Rachens.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1914.*

Die Vaccinotherapie (Injection von verdünnter Bacillencultur in die Infiltrate) war völlig wirkungslos. Dagegen verbesserte Röntgenbestrahlung, unterstützt durch die Anwendung von Radium und Kohlensäureschnee, den Zustand ganz ausserordentlich.

ZARNIKO.

14) **J. Brunner** und **Cz. Jakubowski. Die Therapie des Skleroms mittelst der Autovaccination. (Leczenie twardvieli autowakcyna.)** *Gaz. Lek. No. 45. 1913.*

Von 9 Fällen von Sclerom, die mittelst Autovaccination behandelt waren, wurde nach ein paar Monaten eine objective und subjective Besserung in 7 Fällen gesehen, die frische Veränderungen in der Nase, Kehlkopf und Trachea zeigten. In 2 veralteten Fällen wurde keine Besserung gesehen.

A. v. SOKOLOWSKI.

15) **A. Thost. Die Behandlung von Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren mit Röntgenstrahlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 84. 1914.*

Vortrag, gehalten in der Section für Hals- und Nasenkrankheiten auf der Naturforscherversammlung in Wien 1913. Ref. in dieser Zeitschr. No. 12. S. 620. 1913.

OPPIKOFER.

16) **Guisez. Ueber die Radiumbehandlung der Tumoren. (A propos du traitement des tumeurs par le radium.)** *Presse médicale. No. 17. S. 170. 1914.*

In der Société des chirurgiens de Paris (Sitzung vom 13. 2. 1914) beschreibt G. seine Resultate der Tumorbehandlung mit Radium: Palliatives Resultat bei einem Falle von Mandelkrebs, Radiumbestrahlung bei 2 Fällen von Mandelkrebs unmittelbar nach Exstirpation mit Heilung seit 2 und 3 Jahren; in 5 Fällen von Larynxkrebs wurde ein Dauerresultat in 2 Fällen erzielt, in denen das Radium unmittelbar nach der Larynxexstirpation angewendet worden ist. In 3 Fällen von Carcinom der Bronchien hat G. eine ölige Aufschwemmung von Radiumsulfat eingeführt. Am besten waren die Resultate beim Oesophaguskrebs (60 Fälle), von denen einige genesen sind.

LAUTMANN.

17) **Marschik. Ueber Radium.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 20. Juni 1913. *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1913.*

M. berichtet über die Verwendung des Radiums an der Klinik Chiari bei Carcinom des Nasenrachenraums. Er empfiehlt die Verwendung grosser Dosen. Von sicherer Heilung des Tumors durch Radium allein könne er noch nicht sprechen, da jedoch sei dies der Fall, wenn zuerst operirt und dann bestrahlt wurde.

HANSZEL.

18) **O. Chiari. Ueber Radium.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 20. Juni 1913. *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1913.*

C. konnte mit Radium allein noch keine Heilung erzielen. Eine Schädigung der gesunden Partie durch die Strahlen kam nicht vor.

HANSZEL.

19) **L. Réthi** (Wien). **Das Radium in der Laryngo-Rhinologie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42, 43 u. 44. 1913.*

Referat, erstattet in der Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. September 1913. Siehe Originalbericht.

HANSZEL.

20) **H. Marschik. Ueber Radium.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 14. November 1913. *Wiener med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

Demonstration mehrerer Fälle von malignen Tumoren, welche mit Radium behandelt worden sind. Durchaus günstige Resultate.

HANSZEL.

21) **Harold Hays. Die Anwendung des Pharyngoskops durch den allgemeinen Praktiker. (The use of the pharyngoscope by the general practitioner.)** *New York med. journ. 4. October 1913.*

Verf. beschreibt die Anwendung des Instruments und seine Anwendung für die allgemeine Praxis.

EMIL MAYER

22) **Richard Geigel. Convexe Kehlkopfspiegel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

G. berichtet über einen, wohl aus den ersten laryngoskopischen Zeiten stammenden, convexen Metallspiegel aus Stahl aus dem Nachlasse seines Vaters und erörtert unter eingehenden, optisch-physikalischen Gesichtspunkten die Vorzüge

convexer Spiegel für die Laryngo- und Postrhinoskopie, insbesondere zur ersten Orientirung.

HECHT.

23) **Julius Hirschberg. Eine kleine Bemerkung zur Geschichte der Kehlkopfbehandlung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1914.*

Bezugnehmend auf die Worte Geigel's (Münchener med. Wochenschr. No. 48. S. 2679): „Von convexen Kehlkopfspiegeln habe ich nie etwas gehört oder gelesen", weist H. auf 4 seiner hier angeführten Arbeiten hin.

HECHT.

24) **Elemér von Tóvölgyi. Neue Nasen- und Kehlkopfinstrumente.** Mit 8 Textfiguren. *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

1. Ein modificirter Killian'scher Nasenspiegel.
2. Ein neues Stimmbandmesser.
3. Ein eitersaugender Nasennebenhöhlenspiegel.
4. Ein Instrument für äusserliche vibratorische Kehlkopfmassage.
5. Ein neues Mandelschneideinstrument.

W. SOBERNHEIM.

b) Nase und Nasenrachenraum.

25) **Wilhelm Anton** (Prag). **Ueber ein transitorisches Faltensystem im Sulcus nasalis posterior und im rückwärtigsten Theil des Nasenbodens nebst Beiträgen zur Histologie des weichen Gaumens.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Der zwischen Ostium pharyngeum tubae und den hinteren Muschelenden gelegene Raum (Sulcus nasalis posterior) zeigt im fötalen und im frühen Kindesalter Faltenbildungen, die in die nasalen Gaumenfalten übergehen. Die erste Andeutung zeigt sich im fünften Fötalmonat; die Höhe ist beim Neugeborenen und im ersten Kindesalter erreicht. Vom dritten Lebensjahre an beginnt die Rückbildung der nasalen Falten; die Falten des Nasenbodens und Gaumens erhalten sich länger als die der seitlichen Nasenwand. — Auf die histologischen Untersuchungsresultate kann im Referat nicht eingegangen werden.

W. SOBERNHEIM.

26) **A. Proskauer** (Berlin). **„Chromatophore" Zellen in der Nasenschleimhaut.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. 1914.*

In einem Falle von atrophischer Rhinitis bei einem 25jährigen Manne fand Verf. in kleinen pendelnden Polypen, die am Nasenboden und Septum sassen, reichlich farbstoffhaltige Zellen von verschiedener Form durch das ganze Stroma zerstreut, besonders zahlreich im gefässreichen Centrum des Präparats. Aehnliche Bilder zeigten Schleimhautstückchen, die Verf. von den unteren Muscheln und dem Septum entnahm. — Die chemische Untersuchung lehrte, dass es sich nicht um Blutfarbstoffderivate, sondern um Melanin handelte (Unlöslichkeit in concentrirten Säuren, Löslichkeit in heisser Lauge, negativer Ausfall der Eisen- und der Gmelin'schen Reaction). — Verf. setzt seine Zellen in Parallele mit den chromatophoren Zellen in den Leptomeningen des Gehirns und des Rückenmarks und in der Rectumschleimhaut.

ZARNIKO.

27) **Escat. Ueber den Werth der galvanokaustischen Aetzungen und endonasalen Operationen in der Behandlung der Reflexneurosen und verschiedener extranasaler Erkrankungen. (Valeur des cautérisations et des opérations endonasales etc.)** *Arch. internal. ae laryng. Bd. 36. No. 3. 1913.*

Ausgehend von der Bonnier'schen „Centrotherapie", d. h. Heilung der verschiedensten Leiden mittels ganz leichter Stichelungen der lateralen Nasenwand mittels des Cauters bringt uns die Arbeit Escat's seine Gesammterfahrung über die endonasale Behandlung der Reflexneurosen (Asthma, Rhinitis spastica, Schwindel etc.). Oft war die endonasale Behandlung aus rhinologischen Gründen indicirt und wichen nach der Behandlung allerhand nervöse Beschwerden (Epilepsie, Obstipation, Thränenfluss etc.). Im grossen und ganzen kann E. sich über den Werth der echten Bonnier'schen Methode (siehe Referate) nicht aussprechen, aber man hat den Eindruck, dass er derselben skeptisch gegenübersteht, namentlich was die Dauerresultate betrifft. LAUTMANN.

28) **Pierre Bonnier. Ueber die nasobulbäre Beeinflussung des Pruritus. (Le réglage nasobulbaire et le prurit.)** *Arch. internat. de laryng. Tome 36. No. 3. 1913.*

Diesmal veröffentlicht Bonnier 20 Fälle des verschiedenartigsten Pruritus, die durch galvanokaustische Stichelungen bestimmter Zone der Nasenschleimhaut geheilt worden sind. Es sind Patienten jeden Alters und jeden Standes, es handelte sich um Pruritus nasalis, wie um Pruritus bei Eczema, wie um Psoriasis, Pruritus vulvae u. s. f. Daneben sind auch alle anderen Symptome: Kopfschmerz, Emphysem, Diabetes etc. entweder gebessert oder geheilt worden. Wahrscheinlich wird die Serie von Erfahrungen mit dieser merkwürdigen Therapie, Centro- oder Reflexotherapie, vom Autor fortgesetzt werden. LAUTMANN.

29) **Rudolf Hoffmann** (München). **Behandlung des Heufiebers durch lang fortgesetzte Chlorkalziumzufuhr.** *Münchener med. Wochenschr. No. 4. 1914.*

H. wendet sich gegen den in der Arbeit von Emmerich und Loew (Münchener med. Wochenschr. S. 2676. 1913) ausgesprochenen Optimismus bezüglich der „Heilung" des Heufiebers durch Chlorcalcium und erörtert kritisch die Bewerthung des Chlorcalciums für Physiologie und Pathologie des Organismus. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

30) **R. Emmerich** und **O. Loew. Behandlung des Heufiebers durch lange fortgesetzte tägliche Chlorcalciumzufuhr.** *Münchener med. Wochenschr. No. 7. 1914.*

Auseinandersetzung mit Hofmann bezüglich seiner Kritik (vgl. Münchener med. Wochenschr. No. 4. 1914) der früheren Abhandlung der Autoren (vgl. Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1613) über obiges Thema und kritische Zurückweisung der Hofmann'schen Beanstandungen. HECHT.

31) **A. G. Haynes Lovell. Heufieber. (Hay fever.)** *Practitioner. Febr. 1914.*

Verf. hat elf Fälle mittels Injection von Pollentoxin behandelt. Heilung erfolgte in 3 Fällen, Besserung in 2 Fällen, die anderen Fälle blieben unbeeinflusst.

A. J. WRIGHT.

32) **Lewis A. Coffin. Der intranasale Weg zur Hypophysis. (The intranasal appreach to the hypophysis.)** *New York state journ. of med. Sept. 1913.*

Vorläufige Mittheilung. Das ganze Siebbein wird ausgeräumt und etwas nach hinten vom Knorpel die untere Hälfte der Nasenscheidewand entfernt. Alles, was dann noch nöthig ist, um den Vorsprung der Sella in die Keilbeinhöhle hervortreten zu lassen, ist, dass man das Keilbeinseptum entfernt. EMIL MAYER.

33) **E. Pólya** (Budapest). **Operirte Fälle von Hypophysistumoren.** *Verh. des königl. ungar. Aerztevereins. No. 24. 1913.*

Fall I. 40jährige Frau. Kopfschmerzen seit zehn Jahren, seit vier Jahren Menopause und Sehstörungen. Akromegalie. Visus r. $^5/_{10}$, temporale Hemianopsie, links werden nur Handbewegungen wahrgenommen. Am Röntgenbilde hochgradige Erweiterung der Sella. Operation am 25. 6. 1913 in Localanästhesie. Aufklappen der linken Nase, Entfernung des Septums, der Muscheln und der Siebbeinzellen. Eröffnung der Keilbeinhöhle, Auskratzung der Schleimhaut und Betupfen mit Jodtinktur. Die hintere Wand ist sehr hart, muss gemeisselt werden, inzwischen fliesst der Sellainhalt in Form einer grauen Masse vor und davon wird theils mit dem scharfen Löffel ungefähr $1^1/_2$ Theelöffel voll entfernt. Tampon, Naht der Hautwunde. Resultat: Besserung der Akromegalie, Visus r. normal, links unverändert. Einfache Atrophie auf beiden Augen. Kopfschmerzen haben aufgehört.

Fall II ist am 19. 10. 1912 hier bereits demonstrirt worden. Es handelte sich um eine Cyste der Hypophyse. Die Besserung des Visus war nur vorübergehend.

Bei der Discussion sprach Polyák über die Indicationen des chirurgischen Eingriffes und bemängelte, dass Vortragender die Mortalität durchschnittlich zu 23 pCt. angab. Es ist doch nicht gleichgültig, ob man nach Schloffer mit 37 pCt., nach Eiselsberg mit 41 pCt. oder nach Hirsch mit 13,6 pCt., nach Cushing mit 13,7 pCt. Verlust operirt. POLYAK.

34) **Charles Harrison Frazier** und **James Hendric Lloyd. Ein Fall von Hypophysistumor, partiell auf dem transfrontalen Weg entfernt. (A case of tumor of the hypophysis partially removed by the transfrontal method of approach.)** *Journ. amer. med. assoc. 1. November 1913.*

Ausgehend von einem im Detail mitgetheilten Fall rühmen Verff. als Vorzüge der transfrontalen vor der transsphenoidalen Methode, dass mittels ersterer die Hypophysis leichter freigelegt werden und man mit einem gewissen Grade von Genauigkeit den Umfang des Tumors bestimmen könne, dass man den schädlichen Einfluss des Nasensecrets vermeide, ferner das ausgezeichnete kosmetische Resultat.

Verf. hat die transfrontale Methode bisher in 4 Fällen angewandt und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden; er hat keinen Todesfall dabei gesehen.

EMIL MAYER.

35) **Sargnon** (Lyon). **Fall von chronischer Oberkieferhöhleneiterung behandelt durch Eröffnung im vorderen Höhlenwinkel. (Cas de sinusite maxillaire chronique traité par l'ouverture de l'angle antérieur.)** *Lyon médical. März 1913.*

Verf. schätzt die Denker'sche Methode als sehr interessant; jedoch hält er

sie den anderen Methoden nicht für überlegen. Ihr einziger Vortheil besteht in den Fällen mit sehr grosser Oeffnung darin, dass sie eine spätere endoskopische Untersuchung der Höhle gestattet. Bericht über 2 Fälle.

GONTIER DE LA ROCHE.

36) **Th. Greffier. Die verschiedenen Behandlungsmethoden der chronischen Kieferhöhleneiterung. (Les diverses méthodes de traitement des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Lyon 1912.*

Wenn die Ausspülung vom unteren Nasengang aus nicht zum Ziele führt, so empfiehlt G. das Verfahren von Claoué (Anlegen einer breiten Oeffnung im unteren Nasengang) und wenn durch dieses Verfahren noch nicht Heilung eintritt, die Caldwell-Luc'sche Operation in Localanästhesie. OPPIKOFER.

37) **Ranken. Diagnose und Behandlung des Oberkieferempyems. (The diagnosis and treatment of empyema of the maxillary sinus.)** *British dental journal. März 1914.*

Verf. empfiehlt die Denker'sche Operation in Localanästhesie.

A. J. WRIGHT.

38) **Oskar Radzwill** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Verf. vergleicht die Häufigkeit der Erkrankungen der verschiedenen Nebenhöhlen des Materials der Königsberger Halspoliklinik mit der Statistik anderer Beobachter und beschreibt einige technische Merkmale bei dem operativen Heilverfahren. Die Denker'sche Operation wurde bevorzugt, die in 95 pCt. der 60 Fälle Heilung brachte. — Dieser Erfolg ist geradezu hervorragend zu nennen und übertrifft die Denker'schen Resultate um 20 pCt. W. SOBERNHEIM.

39) **H. C. Masland. Antrumempyem nebst Demonstration einer wirksamen conservativen Operation. (Antral empyema with the presentation of an efficient conservative operation for its cure.)** *New York med. journ. 26. Juli 1913.*

Verf. eröffnet mittels eines Troikarts vom unteren Nasengang aus das Antrum und führt dann eine sich selbst haltende Canüle in die Oeffnung ein; diese Canüle bleibt liegen, solange die eitrige Secretion anhält und Pat. spült sich täglich einmal durch die Canüle selbst die Höhle aus. Mittelst dieser Methode will Verf. auch in schweren Fällen im Lauf eines Monats Heilung erzielt haben.

EMIL MAYER.

40) **Rau** (St. Maria, Brasilien). **Ein Fall von einseitiger Neuritis optica im Gefolge von chronischer Kieferhöhleneiterung.** *Centralbl. f. prakt. Augenheilk. März 1914.*

Pat. kam im Jahre 1912 zuerst in Behandlung wegen linksseitiger Sehstörung. Es wurde ein Exsudat am Sehnerven nasalwärts nach oben festgestellt. Unter Hg-Einreibungen, Jodkali und Schwitzkur Besserung und Pat. wird mit $^5/_4$ Sehschärfe entlassen. Die Nase war damals nicht untersucht worden.

Ueber 2 Jahre später kam Pat. wieder mit linksseitiger Sehstörung, die Sehschärfe betrug $^4/_5$, es war wieder Exsudat an derselben Stelle des Sehnerven wie

früher. Jetzt wurde die Nase untersucht und eine linksseitige Kieferhöhleneiterung gefunden. Operation nach Caldwell-Luc. Drei Tage nach der Operation liess sich feststellen, dass das Exsudat erheblich zurückgegangen war, die Sehschärfe betrug $^5/_4$ und es konnte Sn 1 in 20 cm anstandslos gelesen werden. FINDER.

41) **Schneider. Ein Fall von Sheck bei der Durchspülung der Highmorshöhle. Jeschamessyatschnik uschnich, gorlowisch i nossowich bolesni.** *St. Petersburg. H. XI. November 1913.*

Am 5. Febr. 1913 kam die 21jähr. Patientin mit Klagen über Kopfschmerzen und Nasenverstopfung ins Ambulatorium. In der Nase Polypen. Die Polypen wurden in etlichen Sitzungen unter 10proc. Cocainlösung mit Schlinge und Conchotom entfernt. Die Nasenverstopfung und Kopfschmerzen wurden ein wenig geringer. Es wurde dann unter Anästhesie mit 10proc. Cocainlösung eine Punction des mittleren Nasenganges mit der Killian'schen Canüle vorgenommen. Unmittelbar nachdem man mit dem Spülen begonnen hatte, klappte Patientin zusammen, Puls kaum zu fühlen, Athmung oberflächlich und in einigen Minuten war Patientin todt. Section: Antrum Highmori mit Eiter angefüllt, deutliche Sclerosis der Gefässe, im Herzbeutel viel seröse Flüssigkeit, in der Leber, Niere und Milz Stauungserscheinungen. Alles spricht für eine schwache Herzthätigkeit. Referent erklärt als Ursache des Shocks: 1. die Uebermüdung der Patientin durch langes Warten, 2. die Aufregung vor der Punction und Spülung der Higmorshöhle. GÜTTELSOHN.

42) **W. Zemann. Die „beiderseitig submucöse" Resection der lateralen Nasenwand und die Entfernung eines grossen Fremdkörpers auf diesem Wege aus der Kieferhöhle.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 821. 1914.*

Von der Nasenhöhle aus submucöse Freilegung der knöchernen nasalen Kieferhöhlenwand, Schlagen einer kleinen Oeffnung in die knöcherne Wand unmittelbar hinter der Apertura pyriformis mit flach aufgesetztem Meissel, Einführen des Elevatoriums zwischen Antrumschleimhaut und Knochenöffnung und Ablösen der Antrumschleimhaut, Abtragen des von den beiden Schleimhautblättern befreiten Knochens und zum Schluss Entfernen der Antrumschleimhaut im Gebiet des resecirten Knochens. An Hand eines Falles (Weichbleistück in Kieferhöhle) empfiehlt Verf. diese Methode zur Entfernung von Fremdkörpern; er zieht dieses Verfahren der Eröffnung von der Fossa canina aus vor. OPPIKOFER.

43) **A. Maag. Odontom im Antrum Highmori im Anschluss an einen heterotopischen Weisheitszahn.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XXI. H. 3.*

21 Jahre alter Mann, seit 3 Jahren Anschwellung der linken Backe. Man fühlt einen grossen Tumor in Verbindung mit dem linken Oberkiefer; der Tumor drängt sich in den Sulcus alveo-buccalis stark hervor, an einzelnen Stellen wird hier Fluctuation gefühlt. Röntgenuntersuchung: Der linke Sinus maxillaris sehr bedeutend erweitert; der Tumor selbst giebt keinen Schatten. In der Tiefe der Höhle oberhalb des harten Gaumens sieht man einen Zahn mit einer leicht gekrümmten Wurzel in der Richtung zum Proc. pterygoideus liegend; die Krone des

Zahnes zeigt nach unten, die Wurzel nach oben und nach hinten. Diagnose: Im Sinus maxillaris ein Odontom im Anschluss an einen hier liegenden heterotopischen Weisheitszahn.

Operation: Längsincision parallel der Zahnreihe bis zum Knochen und durch den weichen Theil der Geschwulst; es entleert sich grünlichgelbe Flüssigkeit. Der Zahn liegt weit nach hinten in der Tiefe der Höhle.

FINDER.

44) **O. Weski. Zum Aufsatz von Dr. H. Haag: „Odontom im Antrum Highmori im Anschluss an einen heterotopischen Weisheitszahn."** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XXI. H. 5.*

Verf. bemängelt auf Grund des klinischen Bildes, des Röntgenogramms und des Operationsbefundes die Diagnose „Odontom". Es handele sich vielmehr um eine typische, nichts Besonderes bietende Follicularcyste.

FINDER.

45) **A. Fallas. Eine Kugel in der Kieferhöhle. (Une balle dans le sinus maxillaire.)** *Arch. internat. de laryng. T. XXXV. No. 3. 1913.*

Die Kugel musste nach Trepanation der Vorderwand nach einem 4wöchigen Aufenthalt wegen Eiterfluss und Kakosmie extrahirt werden. Gleichzeitig bestand auch eine Perforation des harten Gaumens, die mangels von Heiltendenz nach Art der Uranoplastik geschlossen werden musste. Zwei Röntgenogramme und eine Uebersicht über Fremdkörper im Sinus maxillaris begleiten die interessante Krankengeschichte.

LAUTMANN.

46) **Partsch** (Breslau). **Osteom des linken Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 1. S. 37. 1914.*

Der Tumor hatte die ganze Kieferhöhle verödet, den Gaumen und den Alveolarfortsatz vorgewölbt. Bei der Operation konnten Gaumenschleimhaut und äussere Nasenwand geschont werden. Im Uebrigen wurde der ganze Oberkieferknochen exstirpirt.

ZARNIKO.

47) **Röhr** (Berlin). **Ein Fall von Oberkiefercarcinom, behandelt durch Totalresection des Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. S. 1680. 1913.*

In diesem Falle erwies sich die Denker'sche Operation als unzureichend. Erst die totale Resection des Oberkiefers beseitigte den Tumor derart, dass Patient z. Zt. der Vorstellung $1^1/_2$ Jahre recidivfrei war, abgesehen von einigen Lymphknoten, die nachträglich exstirpirt werden mussten. Mikroskopisch liess sich an drei Stellen Durchbruch durch den scheinbar gesunden Knochen constatiren. Verf. räth, die Totalresection häufiger anzuwenden, als es von den Rhinologen geschieht, und stets nach Unterbindung der Carotis externa gleichzeitig die submaxillaren Drüsen auszuräumen.

ZARNIKO.

48) **M. Zbrowski. Sarcoma fuso-cellulare antri Highmori et narium.** *Medycyna. No. 2. 1914.*

Demonstration einer 46jähr. Kranken, bei welcher eine Operation der beiden Nasenhöhlen und Oberkieferhöhlen nach der Preysing'schen Methode mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde. Zugleich wurden mikroskopische Präparate vorgelegt.

A. v. SOKOLOWSKI.

c) Mundrachenhöhle.

49) **H. Gougerot** et **P. Quellien. Primäre Rachensporotrichose. Eine neue Form von Sporotrichose der Schleimhaut. (Sporotrichose pharyngée primitive; forme nouvelle de sporotrichose des muqueuses. Diagnostic, traitement, importance pratique.)** *Paris médical. No. 36. 1913.*

Aeusserst belehrende Krankengeschichte, eine 51jährige Patientin betreffend, bei der ein ausgedehntes Geschwür des Rachens anfangs als syphilitisch, dann als tuberculös betrachtet worden ist, bis endlich Jodkalium pro die 4 g Heilung herbeigeführt hat, nachdem Vermuthung auf Sporotrichosis geändert worden war. Nach der Heilung ist die Diagnose bakteriologisch und serologisch bestätigt worden. Das isolirte Befallensein des Pharynx ist äusserst selten, es sei denn, dass die Fälle bisher verkannt worden sind. Diagnostisch muss an die Sporotrichosis in unklaren Fällen von Geschwürsbildung gedacht werden. Die bakteriologische Diagnose ist äusserst leicht, sie wird durch Aussäen eines grossen Tropfens Eiter auf den Nährboden von Sabourand (Gelose-Glykose-Pepton) gemacht und dann genügt nur makroskopische Besichtigung der charakteristischen Cultur. Serologisch ist die Diagnose auch nach Monaten zu machen. Die Behandlung muss durch Monate fortgesetzt werden. Verkannte Fälle geben schlechte Prognose.

LAUTMANN.

50) **A. Montefusco. Ueber zwei Fälle von Noma nach Infectionskrankheiten. (Su due casi di Noma consecutivi a malattie infettive.)** *Giornale delle scienze mediche. März 1914.*

Im ersten Fall entwickelte sich die Noma zwei Tage nachdem das 4jährige Kind wegen Typhus in das Krankenhaus aufgenommen worden war. Es wurde, trotzdem der Nachweis von Diphtheriebacillen negativ ausfiel, eine Seruminjection gemacht, jedoch ohne Erfolg. Nach einer Injection von 0,25 Salvarsan trat ein Stillstand der Gangrän ein.

Im zweiten Fall handelte es sich ebenfalls um ein 4jähriges Kind, das wegen Erscheinungen von Croup in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Untersuchung auf Diphtheriebacillen fiel positiv aus. Seruminjectionen, worauf die Erscheinungen von Larynxstenose zurückgingen. Dagegen trat jetzt ein Masernexanthem auf, jedoch auch dieses ging nach 6 Tagen zurück. Darauf Auftreten einer gangränösen Entzündung, die am Zahnfleisch begann und sich auf die Wange und Oberlippe ausbreitete. Es wurden grosse Dosen von Diphtherieserum injicirt. jedoch ohne jedes Resultat. Es wurden dann zwei Injectionen von je 0,25 Salvarsan gemacht, aber ohne Erfolg. Das Kind starb zwei Tage nach der zweiten Injection.

An den Bericht über diese beiden Fälle schliesst Verf. Betrachtung über die Aetiologie, die klinischen Erscheinungen und die von den verschiedenen Autoren empfohlene Therapie der Erkrankung.

CALAMIDA.

51) **Brodfeld** (Krakau). **Stomatitis mercurialis.** *Med. Klinik. No. 12. 1914.*

Ausser regelmässigen Mundspülungen mit verschiedenen Mundwässern leistet die einmal tägliche Pinselung der Mundschleimhaut mit 5proc. Chromsäurelösung gute Dienste, wobei darauf zu achten ist, dass von der Chromsäure nichts verschluckt wird.

SEIFERT.

52) **G. Alagna. Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Leto: „Noch einmal über den Befund von Zellen mit fuchsinophilen Granula in den menschlichen Gaumentonsillen." (In risposta all' articolo del dott. Leto: „Ancora sul reperto di cellule a granuli fuxinofili nelle tonsille palatine umane.")** *Arch. ital. di laring. H. 1. 1913.*

Leto hatte in einer Arbeit (Ref. Centralbl. 1912. S.528) Gebilde beschrieben, die er mittelst der Galeotti'schen Färbemethode in den Tonsillen gefunden hatte und die er als Secretionsgranula ansprach. Verf. kritisirt die von Leto angewandte Technik der Untersuchung und vertheidigt seine bereits in einer früheren Arbeit (La Pratica oto-rino-laringologica. 1911. No. 3) ausgesprochene Ansicht, dass die Tonsille ihrer Structur und Function nach sich von dem Lymphgewebe im Allgemeinen nicht unterscheidet, nur eine lymphopoetische, aber keine secretorische Function hat. Dass in der Tonsille fuchsinophile Granula vorkommen, ist ohne Zweifel; das ist in allem Lymphgewebe der Fall. CALAMIDA.

53) **Luigi Leto. Noch eine kurze Entgegnung auf den Artikel von Prof. Alagna. (Ancora una breve risposta all' ariicolo del Prof. Alagna.)** *Arch. ital. di laring. H. 3. 1913.*

Verf. vertheidigt seine Auffassung, dass die von ihm beschriebenen Granula nicht, wie Alagna will, Mitochondrien seien, sondern den Ausdruck einer secretorischen Function darstellen. CALAMIDA.

54) **J. Gordon Wilson. Die Bedeutung von Plasmazellen in der Tonsille. (The significance of plasma cells in the tonsil.)** *Journ. americ. med. association. 2. August 1913.*

Verf. formulirt seinen Standpunkt folgendermaassen: Plasmazellen stammen von Lymphocyten ab und haben die Aufgabe, unbrauchbar gewordenes Zellmaterial fortzuschaffen und nutzbar zu machen. . . . Sie sind nicht degenerirte Zellen, sondern Zellen, die in einem activen Kampf begriffen sind gegen die das adenoide Gewebe passirenden Toxine. Ihre Anwesenheit zeigt nicht, dass die Tonsille erkrankt ist, sondern nur, dass sie sich in activer Function befindet. Ihr Vorkommen im Uebermaass zeigt, dass irgend ein Krankheitsherd vorhanden ist, jedoch braucht dieser Herd nicht nothwendiger Weise ein localer zu sein. EMIL MAYER.

55) **George E. Shambaugh. Die Gaumentonsillen als Eingangsherd für Allgemeinerkrankungen. (The faucial tonsils as a focus for systemic infections.)** *Annals otol., rhinol. and laryngol. September 1913.*

Die kleinen Tonsillen mit häufigen Attacken acuter Entzündung stellen im Allgemeinen für den Organismus eine grössere Gefahr dar, als die sehr grossen, die das Aussehen einer einfachen Hypertrophie bieten. Andererseits erscheinen oft Kinder mit diesen enormen, anscheinend harmlosen Mandelvergrösserungen schlecht ernährt und unter dem Durchschnitt. Sehr häufig bringe die Entfernung der Tonsillen bei diesen Kindern eine solche Verbesserung in deren Allgemeinzustand zu Wege, dass man sich nicht von der Vorstellung los machen kann, dass diese vergrösserten, anscheinend harmlosen Tonsillen oft die Quellen für leichte Allgemeininfectionen darstellen. Die hypertrophische Tonsille beim Erwachsenen,

bei der Verf. den Verdacht hat, dass sie möglicher Weise den Herd für Infectionen abgiebt, ist oft mehr weniger ödematös und congestionirt; ihre Oberfläche ist unregelmässig. Häufig enthalten sie erweiterte Crypten, in denen käsige, übel riechende Massen liegen; durch letztere werden von Zeit zu Zeit circumscripte Entzündungen hervorgerufen, während deren die Patienten mehr oder weniger über Störungen des Allgemeinbefindens klagen. Ein anderer verdächtiger Typus, der sich bei Erwachsenen findet, sind sehr kleine fibröse Tonsillen.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass in allen Fällen von chronischen Allgemeinerkrankungen, wo ein competenter Internist keinen Herd anderswo entdecken kann, man Verdacht auf die Gaumentonsille haben soll. Wo häufige Anfälle von acuter Tonsillitis vorhanden sind, wird eine sorgfältige Untersuchung oft in den Tonsillen die Erscheinungen chronischer Entzündung aufdecken. EMIL MAYER.

56) **Max Grumann** (Altona-Bahrenfeld). **Beitrag zur Frühdiagnose der Masern.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1914.*

Verf. weist auf die „Maserntonsillitis" als Frühsymptom der Masern hin; er beobachtete bei einer grösseren Zahl beginnender Masernfälle 1—2 Tage vor Auftreten des Hautexanthems theils vergesellschaftet mit den Koplik'schen Flecken, theils auch allein — ohne dass die Koplik'schen Flecken überhaupt in Erscheinung traten — auf beiden Tonsillen punkt- und strichförmige, weissliche Efflorescenzen von ca. 3 mm durchschnittlicher Länge, in der Gegend der lakunären Einziehungen, doch — und dieser Umstand fiel Autor wie die weissliche Farbe der Flecken gleich auf — auch auf den Erhabenheiten der Tonsillen, und dort mehr strichförmig. So oft Autor die Mandelaffection zu sehen Gelegenheit hatte, trat regelmässig nach ein oder zwei Tagen ein universelles Exanthem der Haut auf, das zur Diagnose der Masern führte. Auf diese „Maserntonsillitis", die Autor ebenso wie die Koplik'schen Flecken als oberflächliche Scnleimhautnekrose anspricht, glaubt Verf. als richtiges Moment zur frühzeitigen Maserndiagnose hinweisen zu dürfen. In einzelnen Masernfällen blieb diese Tonsillitis aus und es zeigten sich prodromal nur die Koplik'schen Flecken. HECHT.

57) **Clara M. Davis. Tonsillitis nach Anwendung eines Staphylococcussprays. (Tonsillitis following use of staphylococcus spray.)** *Journ. americ. medical association. 9. August 1913.*

Nach Anwendung eines Staphylococcussprays bei beginnender Diphtherie entstand eine sehr heftige Tonsillitis mit Schwellung der Lymphdrüsen. Culturen aus dem Pharynx zeigten Anfangs unter zahlreichen Staphylokokken sehr spärlich Diphtheriebacillen, dann letztere gar nicht mehr und nur noch zahlreiche Staphylokokken mit einigen Streptokokken und Pneumokokken. EMIL MAYER.

58) **Mocrulski. Tuberculosis tonsillarum.** *Medyc. No. 50. 1913.*

Es wird ein Fall von Tbc. tonsillarum demonstrirt; die Diagnose wurde histologisch und bakteriologisch bestätigt. A. v. SOKOLOWSKI.

59) **Myerson i Czarkowski. Sarcoma tonsillae.** *Medyc. No. 42. 1913.*

Die Geschwulst, die zwei Jahre nach Mandelgangrän entstanden, wurde mit Erfolg operirt. A. v. SOKOLOWSKI.

60) J. L. Goodale. **Indicationsstellung und der Werth der Tonsillotomie und Tonsillektomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 106. 1914.*

Vortrag, gehalten in der laryngo-rhinologischen Section des Internationalen med. Congresses in London 1913. Ref. in dieser Zeitschr. Jahrg. 29. S. 564. 1913.

OPPIKOFER.

61) Bryan D. Sheedy. **Die Resultate der Tonsillektomie unter Localanästhesie. (The results of tonsillectomy under local anaesthesia.)** *Journ. americ. med. association. 27. September 1913.*

Die nach Enucleation beobachteten Deformitäten scheinen sich unter folgende drei Typen einreihen zu lassen:

1. Die Gaumenbögen scheinen auf beiden Seiten verschwunden zu sein und haben da, wo früher Tonsille und Gaumenbögen waren, eine glatte Fläche zurückgelassen und eine sehr verengte Oeffnung nach dem Nasenrachenraum.

2. Der vordere Gaumenbogen ist vollständig verschwunden und auf der Oberfläche des hinteren Gaumenbogens ist eine grosse Menge Narbengewebe aufgelagert, durch welches dessen Form und Function verändert wird.

3. Die Gaumenbögen der beiden Seiten scheinen miteinander verwachsen zu sein, so dass da, wo früher zwei Gaumenbögen waren, jetzt nur einer ist und die Uvula nach der einen oder anderen Seite gezogen ist.

In einigen Fällen werden Gaumensegel und Uvula so nach unten gezogen, dass sie erheblich tiefer stehen als normal; dadurch kommt der nasale Klang zu Stande, über den einige Patienten klagen. Bei allen Patienten, bei denen die Singstimme beeinträchtigt war, war der hintere Gaumenbogen durch Narbenretraction verzogen.

EMIL MAYER.

62) T. Guthrie. **Enucleation der Tonsillen. (Enucleation of the tonsils.)** *Liverpool medico-chirurgical journ. Januar 1914.*

Bei einfacher Hyperplasie der Tonsillen soll nur die partielle Entfernung gemacht werden; sind die Tonsillen aber erkrankt, so sollen sie enucleirt werden und zwar ist die beste Methode dazu die von Sluder.

A. J. WRIGHT.

63) L. F. Long. **Vereinfachte Technik zur Entfernung der Gaumenmandel. (Simplified technic for the removal of the faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. August 1913.*

Verf. zieht die Tonsille mittelst eines von ihm angegebenen zweizinkigen Hakens hervor, löst sie dann mittelst des Tonsillenmessers vom hinteren und vorderen Gaumenbogen ab, führt die Schlinge über den Griff des Hakens und legt sie um die Basis der Tonsille.

EMIL MAYER.

64) J. F. O'Malley. **Blutungen nach Tonsillen- und Adenoidoperation. (The haemorrhage of tonsil and adenoid operation.)** *Clinical journal. 28. Jan. 1914.*

Eine allgemeine Studie über die Ursache der Blutung bei den verschiedenen Operationsmethoden.

A. J. WRIGHT.

65) **Howard Warner. Ein Tonsillenenucleator. (A tonsil enucleator.)** *Brit. med. journ. 18. October 1913.*

Beschreibung eines stumpfen gebogenen Instruments zur Ausschälung der Tonsille.

A. J. WRIGHT.

d) Diphtherie und Croup.

66) **R. Klinger. Epidemiologisches über Diphtherie.** *Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. No. 21. 1913.*

Verf. tritt für eine intensivere planmässige Prophylaxe ein, für die er auf Grund seiner Untersuchungen und Erfahrungen eine Reihe von Forderungen aufstellt. Um die Dauer des positiven Bacillenbefundes bei den Bacillenträgern abzukürzen, empfiehlt Verf., Bolus alba, vermischt mit etwas Borsäure, in Nase und Rachen einzublasen.

JONQUIÈRE.

67) **Bachauer** (Augsburg). **Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs.** Mit 1 Tabelle. *Münchener med. Wochenschr. No. 11. 1914.*

B. berichtet über das nach norddeutschem Muster ausgeführte Vorgehen der Diphtheriebekämpfung, das hauptsächlich in der Fernhaltung von Keimträgern aus der Schule bis zu vollkommener Entkeimung besteht und, wie die Augsburger Erfolge beweisen, auch erfolgreich durchzuführen ist. Die durchschnittliche Entkeimungsdauer war 4—5 Wochen vom Tage der Erkrankung ab gerechnet. Ein einziger Fall bedurfte zu seiner Entkeimung mehr als zehn Wochen. Bei einigen Fällen wurde durch Bepinselung der Mandeln und des Rachens mit Jodtinktur die Entkeimung beschleunigt, bei der grösseren Zahl war jedoch keine ersichtliche Wirkung zu bemerken. Gurgelungen und Inhalationen mit 1proc. Malonsäure zeigten keinen Erfolg. Ein weiteres wichtiges Moment in der Diphtheriebekämpfung liegt in den systematischen Umgebungsuntersuchungen, die ergaben, dass 25 pCt. der Wohnungsgenossen diphtheriekranker Kinder inficirt waren. Ein anderes wichtiges Moment besteht darin, dass die Halsentzündungen in den Bereich dieser bakteriologisch-hygienischen Massnahmen mit hereinbezogen werden. Autor giebt der Hoffnung Ausdruck, dass in Bälde gesetzliche Vorschriften erlassen wcreen, die eine systematische, gründliche Durchführung dieser Gesichtspunkte und damit eine wirksame Prophylaxe der Diphtheriebekämpfung ermöglichen.

HECHT.

68) **C. E. Purcell. Beobachtungen und Resultate bei 20 Fällen von Larynxdiphtherie mit Tracheotomie. (Remarks and results on twenty cases of laryngeal diphteria requiring tracheotomy.)** *The Laryngoscope. August 1913.*

Verf. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt ist und dann gleich grosse Antitoxindosen gegeben werden, die Tracheotomie selten nothwendig wird. Falls die Tracheotomie nöthig ist, soll sie ohne Allgemeinnarkose gemacht werden. Wenn es unmöglich ist, die Ausdehnung und Localisation der Membranen zu kennen und wenn der Kehlkopf geschwollen und thatsächlich verschlossen ist, so sollte Intubation, wenn überhaupt, nur von einem Sachverständigen und Erfahrenen gemacht werden.

EMIL MAYER.

69) **F. Ganghofner** (Prag). **Neuere Gesichtspunkte betreffend die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Prager med. Wochenschr. No. 4. 1913.*

Verf. zieht die intramusculäre Injection der subcutanen vor, bei jener wird das Serum leichter resorbirt, auch ist die Injection weniger schmerzhaft.

Was die Dosirung anbetrifft, so giebt Verf. bei leichten Fällen 1500 I.-E., bei schwereren mit Anzeichen von Betheiligung des Larynx mindestens 3000 I.-E., bei stärkerer Ausbreitung der Beläge, periglandulärem Oedem am Halse und vorgeschrittenen Larynxdiphtherien 6000 I.-E., bei schweren Fällen 9000—12000 I.-E. Bei schon früher mit Pferde-Diphtherie-Heilserum behandelten Fällen ist es rathsam, zur Vermeidung der Anaphylaxiegefahr das Serum einer anderen Thierart zu verwenden; wenn man genöthigt ist, Pferdeserum zur Reinjection zu verwenden, so spritze man zuerst nur wenige Tropfen subcutan ein und erst nach einigen Stunden die volle Dosis intramusculär.

FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

70) **R. Imhofer. Der gegenwärtige Stand der Frage Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft. (Habilitationsprobevortrag.)** *Prager med. Wochenschr. No. 11. 1914.*

Der Autor erörtert besonders drei Fragen, die ihm das Wesen des ganzen Problems zu bilden scheinen, nämlich:

1. Besteht eine Prädisposition der graviden Frauen für die Erkrankung an Larynxtuberculose?

2. Welches ist die Prognose der Larynxtuberculose bei Gravidität, besonders hinsichtlich der Geburt selbst, d. h. welche Complicationen der Geburt haben wir von Seiten der Larynxerkrankung zu erwarten.

3. Wie hat sich der Gynäkologe und der Laryngologe bei einer mit Kehlkopftuberculose complicirten Gravidität zu verhalten.

Die Beantwortung dieser Fragen resümirt J. dahin:

ad 1: Die Kehlkopftuberculose ist eine relativ seltene Complication der Gravidität; eine Prädisposition der Gravida zur Erkrankung an Larynxtuberculose lässt sich weder klinisch, noch pathologisch-anatomisch nachweisen. Dagegen lassen die pathologisch-anatomischen Befunde den deletären Verlauf der Kehlkopftuberculose während der Gravidität erklärlich erscheinen.

ad 2: Neben der bekannt ungünstigen Prognose der Larynxtuberculose bei Gravidität ist eine starke Zunahme der Schwellung, eventuell Oedem während des Geburtsaktes selbst, zu erwarten; es kann auch zu Dyspnoe kommen.

ad 3: Bezüglich des ärztlichen Verhaltens hebt J. den an der Prager deutschen geburtshülflichen Klinik (Vorstand: Prof. Kleinhans) üblichen Modus hervor, nach welchem bei einer Graviden mit Kehlkopftuberculose, sofern sie innerhalb der ersten fünf Monate in Behandlung tritt, unter allen Umständen der künstliche Abortus eingeleitet und daran die Tubensterilisation angeschlossen wird.

Bei Graviden im vorgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft soll das normale Ende der Schwangerschaft abgewartet und auf keinen Fall die künst-

liche Frühgeburt eingeleitet werden, da die Resultate der letzteren als schlechte zu bezeichnen sind und es auch nicht gegen das Interesse der Mutter verstösst, wenn man die Gravidität zu Ende gehen lässt.

Die Behandlung der Larynxtuberculose selbst gegenüber soll sich nur auf palliative Maassnahmen beschränken, alle radicaleren Eingriffe sollen auf den Zeitpunkt nach dem Wochenbett verschoben werden.

Die prophylaktische Tracheotomie wird vom Verf. nicht befürwortet, trotzdem er die Möglichkeit von Athembeschwerden während der Entbindung zugiebt und deswegen die Forderung aufstellt, eine Larynxphtisikerin nur an einer Klinik oder in einem Sanatorium, niemals aber zu Hause zu entbinden, da eine plötzlich eintretende Erstickungsgefahr in Einzelfällen die Tracheotomie doch nothwendig machen kann.

Als principiellen Grundsatz aber verlangt J., die Geburt durch die Zange zu beendigen, sowie die Vorbedingungen für dieselbe gegeben sind, um die Beschwerden der Patientin während der Geburt möglichst zu verringern und insbesondere das Pressen möglichst zu vermeiden. STEINER (PRAG).

71) **A. Réthi** (Budapest). **Die Therapie der Kehlkopftuberculose mit Rücksicht auf die Dysphagie.** *Orvosi hetilap. No. 39. 1913.*

Die Dysphagie wird vom Verf. auf eine Hypersensibilität des N. laryngeus superior zurückgeführt. Durch Druck auf den Nerven kann die Dysphagie vorübergehend gebessert werden. Verf. hat zu diesem Zwecke eine Pelotte construirt. Die Publication enthält eine kurzgefasste Darstellung der bekannten Behandlungsmethoden, welche durch Verf.'s Erfahrungen illustrirt werden. In Ermangelung von eigenen Erfahrungen sind auch einige „Privatansichten“ darin enthalten, so z. B. dass die Behandlung mit Stauungshyperämie Kopfschmerzen verursachen kann und bei Arteriosklerose contraindicirt werden kann usw. und die Ansicht, dass die Behandlung mit Radium vollkommen wirkungslos sei. POLYAK.

72) **E. Menczer** (Ungarn). **Die endolaryngeale Kaustik zur Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Gyogyaszat. No. 44. 1913.*

Bekanntes. POLYAK.

73) **S. Wetterstad** (Kristiania). **Ueber Behandlung von Dysphagie bei Larynxtuberculose. (Behandling af soalgsmerter hos larynx Tuberkulose.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 1. 1914.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Behandlungen mit Pinseln, Bier's Stase und perineurale Injectionen von Alkohol in den Nervus laryngeus sup. Bier's Stase hat er in 3 Fällen angewendet, und zwar dreimal ohne Resultat; einmal war die Wirkung besser, der Kranke konnte ohne Beschwerden den ganzen Tag und die Nacht mit der Binde um den Hals liegen. In 10 Fällen gebrauchte er Injectionen, sechsmal nach Hofmann, viermal nach Boncour's medianer Methode. 7 Patienten waren 15—35 Tage vollständig frei von Schmerzen. W. hält die perineurale Injection augenblicklich für die Methode, die bei der Dysphagie bei Larynxtuberculösen die besten Erfolge gewährt. L. MAHLER.

74) **Th. Brinch** (Esbierg). **Weiterer Bericht über die Behandlung interner Tuberculose mittelst absorbirter Lichtenergie. (Fortsat beretning om behandling af intern Tuberkulose med absorberet Lysenergi.)** *Ugeskrift for Leger. No. 48. 1913.*

Verf. berichtet von seinen weiteren Versuchen, die Larynxtuberculose mit absorbirter Lichtenergie zu behandeln (vgl. Semon's Internat. Centralbl. f. Laryng. No. 6. 1913) und bespricht elf von ihm gesammelte Fälle von Larynxleiden, die er klinisch als Tuberculose diagnosticirt hat. In drei Fällen mussten die Inhalationen wegen des Allgemeinzustandes unterbrochen werden; während der Dauer der Inhalationen hatten die Pat. keine Beschwerden beim Schlucken. Zweimal wurde das Leiden, das mit Infiltrationen und Ulcerationen im Kehlkopf auftrat, scheinbar geheilt. In zwei Fällen schwand die Röthe und die Geschwulst im Kehlkopf. In vier Fällen konnte er eine bedeutende Besserung besonders der subjectiven Erscheinungen feststellen.

L. MAHLER.

75) **Rudolf Mandl** (Budapest). **Zur Heilung der chirurgischen tuberculösen Erkrankungen und der trägen, nekrotischen Geschwüre sowie zur Heilung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42. 1913.*

Der Autor hat ein Präparat angegeben, welches Jod und Oxygen in statu nascendi abgiebt, nennt es Ulsanin und empfiehlt es als specifisches Heilmittel gegen Tuberculose, Granulationen und Geschwüre sowie gegen träge, putride Wunden. (Bei oberflächlichen tuberculösen Ulcera im Larynx und Pharynx hat sich dieses Mittel dem Referenten ganz ausgezeichnet bewährt.)

HANSZEL.

76) **Elémer v. Tóvölgyi. Die therapeutische Wirkung des Bacterium coli commune bei Kehlkopftuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 132. 1914.*

Vortrag, gehalten in der 26. Section des 17. Intern. med. Congr. in London. August 1913. Ref. in dieser Zeitschr. Jahrg. 29. S. 582. 1913.

OPPIKOFER.

77) **Erwin Brückmann. Ueber Tracheopathia osteoplastica. (Multiple Osteome in der Schleimhaut der Trachea.)** *Virchow's Archiv. Bd. 100. S. 433.*

Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaassen zusammen:

1. Bei den multiplen Osteochondromen der Trachea handelt es sich meistens um knöcherne, weniger um knorplige Einlagerungen in die Schleimhaut der Trachea.

2. Es handelt sich um echtes Knochengewebe, zum Theil mit Markraumbildung.

3. Die Tumoren treten klinisch fast nie in die Erscheinung und bilden meist zufällige Sectionsbefunde.

4. Sie hängen mit dem Trachealknorpel nicht primär zusammen, sondern treten erst secundär zu ihm in Beziehung.

5. Sie entstehen an solchen Stellen in der Trachea, welche normaler Weise elastische Fasern besitzen. Sie sind aufzufassen als das Product einer Entwickelungsstörung, einer Anomalie in der Anlage der elastischen Fasern.

6. Das Geschlecht scheint keine entscheidende Rolle zu spielen, doch ist festzustellen, dass in den bisher beobachteten Fällen das weibliche Geschlecht überwiegt.

FINDER.



78) **Haslinger. Ueber Tracheopathia osteoplastica.** *Frankfurter Zeitschr. für Pathologie. Bd. 10. S. 284.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Knochen- und Knorpelbildung in der Trachea. Der mikroskopische Befund ergab völlige Uebereinstimmung mit dem von Brückmann und Aschoff in ähnlichen Fällen erhobenen. Im Gegensatz zu diesen Autoren aber möchte Verf. die Entstehung der Verbindungsbrücken zwischen den Schleimhautknocheninseln und den trachealen Knorpelringen nicht allein auf die dieser Erkrankung zugrunde liegende Missbildung des elastischen Bandapparates zurückführen, sondern auch auf die mechanische Reizung, die die Knochenplättchen der Schleimhaut auf das darunter liegende Gewebe bei ihrer Verschiebung ausüben.

FINDER.

79) **Ishio Haga** (Tokio). **Beitrag zur Kenntniss der Tracheopathia osteoplastica.** *Berliner klin. Wochenschr. Bd. 48. S. 1384.*

In einem Fall von Carcinom des rechten Hauptbronchus mit Metastasen in der Leber, der Nieren etc. fand sich in der Trachea ca. 3 cm unterhalb des unteren Randes des Ringknorpels bis herab zur Bifurcationsstelle eine reibeisenartige rauhe Beschaffenheit. Die Trachea fühlte sich sehr hart an und schien aus Knorpel und Knochen zu bestehen. Die sich meist über den Zwischenräumen zwischen zwei Knorpelringen findenden Inseln, die von verschiedener Gestalt waren, erwiesen sich mikroskopisch als aus elastischem Knorpel und Knochen bestehend. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine congenitale Störung im elastischen Gewebe handelt. In den Zwischenräumen zwischen zwei Knorpelringen sind schon normaler Weise elastische Fasern reichlicher, als in anderen Stellen vorhanden. Wenn diese elastischen Fasern congenital abnorm reichlich vorhanden sind, so kann es hier leicht wohl zu Tumoren elastischer Herkunft kommen.

ZARNIKO.

80) **R. Dreyfuss** (Strassburg i. E.). **Ueber Knochenbildungen in der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 23.*

Die Beobachtungen zeigen, dass es neben den durch entzündliche Processe hervorgerufenen noch zwei verschiedene Arten von multiplen Osteombildungen der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut giebt. Verf. konnte selbst in einem Falle Bindegewebsverknöcherung in der subepithelialen elastischen Bindegewebsschicht feststellen, ohne Bestehen eines knorpeligen Vorstadiums, und zwar im Larynx und der Trachea.

Die zweite Art geht vom Perichondrium des Trachealknorpels aus; sie findet sich nicht im Larynx und stellt eine Verknöcherung von Ekchondrosen dar.

W. SOBERNHEIM.

81) **G. Alagna. Zur circulären Trachearesection.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125.*

Mittheilung über an vier Hunden gemachte Versuche, wobei 3—5 cm lange Stücke der Trachea resecirt und die Stümpfe mittels durch die ganze Dicke der Trachea gehende Nähte vereinigt wurden. Die Nähte wurden 4—5 mm von einander angelegt und derart verknüpft, dass eine möglichst vollkommene Aneinanderlegung der Schnittflächen erzielt wurde. Die Thiere überlebten den Eingriff und wurden

nach 40, 50, 60 und 65 Tagen getödtet. Das Tracheallumen war nur ganz wenig an der Nahtstelle verengt. Verf. hält das von v. Navratil empfohlene Verfahren (submucöse Extraction des Knorpelgerüstes und Vernähung der Schleimhaut allein) für entbehrlich. FINDER.

82) **J. Safranek** (Budapest). **Blutungen nach der Tracheotomie.** *Verh. der ungar. Ges. f. Chirurgie. VI. Jahresvers. 23.—24. Mai 1913. S. 62.*

In Verf.'s Fall entstand die Blutung von der Arrosion der A. anonyma. Solche Blutungen erfolgen zumeist nach der unteren Tracheotomie. Unter 87 Fällen war 56 Mal die A. anonyma arrodiert. POLYAK.

83) **J. Surawski. Ozaena tracheae.** *Medycyna. No. 2. 1914.*

Demonstration eines seltenen Falles von Ozaena tracheae ohne Theilnahme der anderen Theile des oberen Respirationstractus. A. v. SOKOLOWSKI.

84) **Aurelius Réthi** (Budapest). **Zur Lehre von den Bronchialfremdkörpern.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Verf. befürwortet die liegende Position für die Entfernung chronischer Fremdkörper, da er die sitzende für äusserst gefährlich hält für den Fall, dass der gefasste Fremdkörper entgleitet und in die noch allein functionirende gesunde Lunge fällt. Von der Einführung abgesehen, ist das Arbeiten im Liegen wesentlich leichter. Die Einführung kann zur Erleichterung in linker Seitenlage oder in halbsitzender Stellung geschehen, wenn die folgende Ueberführung in die Liegestellung mit Hilfe einer Rückenlehne geschieht. Beschreibung der Extraction eines Kragenknopfes bei einem Kinde und einer abgebrochenen Kehlkopfzange. W. SOBERNHEIM.

85) **Tuffier. Fremdkörper (Nadel) in den Bronchien. Extraction mittels Bronchoskopie unmöglich. Bronchotomie. Zerstückelung der Nadel. Expulsion durch den Mund. (Corps étranger des bronches [aiguille]; extraction impossible par bronchoscopie.)** *Presse médicale. No. 14. S. 138. 1914.*

In der Sitzung vom 14. 2. 1914 der Société de chir. bespricht Verf. den interessanten Fremdkörperfall, eine 19jährige Patientin betreffend. Die Nadel stak seit 3 Jahren in einem Bronchus zweiter Grösse. Der erste bronchoskopische Versuch zur Extraction ist 7 Monate, der zweite $1^1/_2$ Jahre und der dritte Versuch ist 6 Wochen später gemacht worden. Die häufig sich wiederholenden Blutungen haben den Verf. veranlasst, diesmal Bronchotomie zu machen. Die Nadel konnte während der Operation nicht gefunden werden, doch hustete Pat. eine Stunde nach derselben einen Theil der Nadel aus. Es bleibt, wie die Radiographie zeigt, noch ein 1 cm langes Stück im Bronchus. Der Patientin geht es gut. LAUTMANN.

86) **Laval. Drei Fälle von Fremdkörpern im rechten Bronchus beim Kinde. (Trois cas de corps étranger de la bronche droite chez l'enfant.)** *Archives internat. de laryng. No. 3. S. 36. 1913.*

5jähriges Kind aspirirt am 4. 1. 1909 eine Mandel in den rechten Bronchus. Exspectative Behandlung trotz schwerer klinischer Phänomene. Am 23. 1. wird zunächst spontan die Schale, 3 Tage später die Mandel expectorirt.

5jähriger Knabe aspirirt eine trockene Bohne am 10. 8. 1909. 3 Tage später Extraction in Chloroformnarkose mittels unterer Bronchoskopie. Die Canüle wird noch zwei Wochen gelassen. Heilung.

7jähriger Knabe aspirirt am 6. 4. 1909 eine trockene Bohne. Aeusserst ungezogener starker Junge, wenig durch den Fremdkörper gestört. Behufs Extraction zwei Tage später Chloroformnarkose. Cyanose, Synkope. Obere Tracheoskopie unmöglich. Rasche Tracheotomie. Extraction des Fremdkörpers. Exitus auf dem Operationstisch.

LAUTMANN.

87) **Berard, Sargnon, Bessière** (Lyon). **Grasstengel in der unteren Bifurcation des rechten Bronchus beim Kinde. (Tige de graminée dans la bifurcation inférieure de la bronche droite chez l'enfant.)** *Lyon médical. 29. März 1914.*

Die Anamnese ergiebt einen plötzlich eintretenden Erstickungsanfall, der eine Viertelstunde anhielt; die Radioskopie ergab Vergrösserung der Bronchialdrüsen und einen Schatten in Höhe der 9. Rippe rechts. Auscultatorisch einzige Geräusche an der rechten Lungenbasis.

Tiefe transversale Tracheotomie in Novocainanästhesie; dann Bronchoskopie. Diese ergiebt Anwesenheit eines Fremdkörpers, der in einer mit Eiter erfüllten Erweiterung des Bronchus sitzt. Diese Erweiterung folgt auf eine granulirende Verengerung. Es bedurfte fünf bronchoskopischer Sitzungen, die übrigens gut vertragen wurden, um den Fremdkörper zu entfernen.

Die gewöhnlich bei Kindern angewandten Rohre haben zu kleine seitliche Löcher; Verff. haben dieselben vermehrt und vergrössert.

GONTIER DE LA ROCHE.

88) **Orlandini. Extraction einer Bohne aus dem Bronchus eines 6jährigen Mädchens mittels unterer Bronchoskopie. Heilung. (Extraction d'un corps étranger [haricot] de la bronche.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Genaue Schilderung des Seelenzustandes des Verf., der anfangs versucht, des Fremdkörpers mittels oberer Bronchoskopie habhaft zu werden und, nach Fehlschlag, tracheotomirt, um am nächsten Tag mittels unterer Bronchoskopie fortzusetzen. Der Verf. glaubt, dass es immer besser sei, bei Kindern die untere Bronchoskopie zu machen.

LAUTMANN.

89) **E. Botella. Ueber zwei interessante Fremdkörperfälle des Oesophagus und des rechten Bronchus; Extraction auf natürlichem Wege. (Considérations sur deux cas intéressants de corps étrangers de l'oesophage et de la bronche droite etc.)** *Arch. internat. de laryng. T. XXXVI. No. 1. 1913.*

Knochenstück aus der Retrocricoidalgegend bei einem 21jähr. Mann mittels localer Anästhesie extrahirt. Oesophagoskopie trotz sicherer Zeichen von Periösophagitis. — Pistazienkern aus dem rechten Bronchus eines 5jähr. Kindes mittels oberer Bronchoskopie unter Chloroformnarkose extrahirt. Es ist das der 9. Fremdkörperfall der Luftwege, den der Verf. zu behandeln Gelegenheit hatte. Am bequemsten erwies sich dem Verf. die Lagerung nach Trendelenburg und mit herabhängendem Kopfe. Cocain wird von ihm nicht mehr angewendet. Er operirt in den Luftwegen nur unter Chloroformnarkose.

LAUTMANN.

90) **Gerhard H. Cocks. Fremdkörper im rechten Bronchus. Erfolgreiche Extraction mittels unterer Bronchoskopie. (Foreign body in right bronchus; lower bronchoscopy; succesful extraction.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

Es handelte sich um ein Kind, bei dem die Diagnose zweifelhaft war. Diffuse Bronchitis, Dämpfung und abgeschwächtes Athmen über der rechten Lunge. Erste Untersuchung negativ. Bei der zweiten Untersuchung trat, sobald das Rohr die Epiglottis erreichte, ein so heftiger Erstickungsanfall auf, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Bei der unteren Bronchoskopie stellte sich heraus, dass die Schleimhaut des rechten Bronchus stark entzündet und geschwollen war. Das Rohr füllte sich schnell mit Blut und Schleim; als es nicht gelang, dieses mit der Pumpe zu entfernen, wurde das Rohr herausgezogen und es fand sich nun in demselben eine in zwei Stücke gebrochene Eichel (pea-nut).

Verf. glaubt, dass die starke Dyspnoe bei der zweiten Untersuchung, welche die Tracheotomie erforderlich machte, dadurch bedingt worden sei, dass der Fremdkörper durch einen Hustenstoss aus dem rechten Bronchus befreit und in die Trachea gerade unterhalb der Stimmbänder geschleudert worden sei. EMIL MAYER.

91) **Wilh. Sobernheim** (Berlin). **Die Anwendung der Bronchoskopie bei Erkrankungen der tiefen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1913.*

Sammelreferat. ZARNIKO.

92) **Guisez** (Paris). **Noch ein mittels intrabronchialer Injectionen geheilter Fall von doppelseitiger Lungengangrän. (Nouveau cas de gangrène pulmonaire bilatérale guérie par la méthode des injections intrabronchiques.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. Februar 1913.*

Verf. macht intrabronchiale Injectionen mit grossen Mengen (20 ccm) Gomenol- oder Guajacolöl. Der hier mitgetheilte Fall ist der siebente von ihm mittels dieser Methode geheilte. GONTIER DE LA ROCHE.

93) **H. Curschmann. Zur Frage der „Bronchotetanie" der Erwachsenen und ihrer Behandlung mit Calcium.** Aus der inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses zu Mainz. *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1914.*

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur bespricht Autor Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der „Bronchotetanie", weist auf die werthvolle Heilwirkung der Kalkbehandlung bei Tetanie und Spasmophilie hin und bezeichnet das Calcium unter kritischer Erörterung seiner physiologisch-pharmakologischen Wirkung als ein „Heilmittel sensu strictiori" für die Tetanie. HECHT.

f) Schilddrüse.

94) **L. Hirschfeld** und **R. Klinger. Studien über den endemischen Kropf. Nachtrag zur obigen Arbeit.** Aus dem hygien. Institut der Universität Zürich (Director: Prof. Dr. Silberschmidt). *Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1914.*

Bericht über den Ausfall von Thierversuchen, die als Beweis für die Richtigkeit der von den Autoren gezogenen Folgerungen und gegen die Bircher'sche Wassertheorie angeführt werden. HECHT.

95) **Ernst Sehrt. Die Beziehungen der Schilddrüseninsufficienz zu den nervösen Beschwerden und der spastischen Obstipation der Frauen.** Aus der Univ.-Frauenklinik zu Freiburg i. Br. (Director: Geh. Hofrath Prof. Dr. Krönig). *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1914.*

Bezugnehmend auf seine frühere Arbeit (Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1914) berichtet Autor über eine Reihe Krankengeschichten von Fällen von nervösen Beschwerden bei hämorrhagischer Metropathie, sowie von Fällen von nervösen Beschwerden mit infantilem Uterus, die sämmtlich durch Schilddrüsenbehandlung günstig beeinflusst wurden. Er verbreitet sich des Weiteren über die Zusammenhänge dieser Erscheinungen mit der Hypothyreose und kommt zu dem Schluss, dass es sich in vielen dieser Fälle von Neuralgien etc. um eine Ueberempfindlichkeit der sensiblen Centralelemente handelt, die sich allmählich unter dem Einfluss langdauernder Selbstvergiftung ausgebildet hat. Diese Autointoxication ist, wenn nicht entstanden, so doch sicher als befördert und vermehrt durch die Schilddrüsenuntüchtigkeit aufzufassen.

HECHT.

96) **Simmonds** (Hamburg). **Die Thymusdrüse bei Morbus Basedow und verwandten Krankheiten.** *Centralbl. f. Chir. H. 12. 1914.*

In mehr als drei Vierteln der Fälle von Morbus Basedow ist ein abnormer Thymus zu erwarten, dagegen kaum in der Hälfte der Fälle von Thyreoidismus.

SEIFERT.

97) **R. Kienböck** (Wien). **Ueber Struma und Hyperthyreoidismus im Gefolge von Dilatationen und Aneurysmen der Aorta.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 21. H. 4.*

Verf. fand bei Durchsicht der Röntgenbrustaufnahmen mit ausgesprochenen Dilatationen und Aneurysmen der Aorta (meist Männer von 40—50 Jahren mit Lues in der Anamnese) eine Vergrösserung der Schilddrüse; er fasst sie als Stauungskropf auf, bei dem es allmählich auch zu einer Hyperplasie des Drüsengewebes kommt. Die Vergrösserung ist nur gering und betrifft die ganze Drüse gleichmässig. Verengung oder Verdrängung der Trachea findet sich nicht; es fehlt daher auch Stridor, ausser wenn das Aneurysma die Trachea verdrängt.

FINDER.

98) **R. Gaultier. Basedowbehandlung mit grossen Chinindosen. (Nouveaux cas de guérison de goitre exophtalmique par l'emploi des sels de quinine à hautes doses longtemps prolongés.)** *Presse médicale. No. 27. S. 257. 1914.*

Je zwei Pulver in $^1/_2$stündiger Distanz, zu Beginn der zwei Mahlzeiten, in Tagesdosen von 1—3 g Chinin. muriatic., durch 15—20 Tage mehrere Monate hindurch fortgesetzt, haben G. gute Resultate gegeben. Das Mittel wird gut vertragen und ist sehr empfehlenswerth.

LAUTMANN.

g) Oesophagus.

99) **Guisez. Die Caoutchoucintubation des Oesophagus. (De l'intubation caoutchouée oesophagienne.)** *Presse médicale. No. 9. 1914.*

Schwere Fälle von Oesophagusstenose, sobald sie nur eruirbar sind, be-

handelt Verf. jetzt derart, dass er einen eigenen, 5—6 cm langen, an dem einen Ende erweiterten, am distalen Ende mit einer Anschwellung und Seitenöffnungen versehenen Drain einführt und in der Stenose monatelang liegen lässt. Unter dem dauernden Drucke tritt eine Erweiterung der Stenose ein, die wie z. B. bei narbigen Stenosen radical sein kann. Beim Krebs namentlich hat sich diese Intubation auf das beste bewährt. Verf. sucht namentlich die Gastrostomie entbehrlich zu machen.

LAUTMANN.

100) **Hinsberg** (Breslau). **Zur Operation hochsitzender Oesophaguscarcinome.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. S. 372. 1914.*

Demonstration zweier Patienten, bei denen es sich nur um eine Palliativoperation ausserordentlich grosser Tumoren handeln konnte, denen aber doch die Operation derartige Vortheile brachte, dass Vortr. sie empfiehlt.

ZARNIKO.

101) **Thomas Morgan Rotch** (Boston). **Drei Typen von Speiseröhrenverschluss in frühem Lebensalter. (Three types of occlusion of the oesophagus in early life.)** *Medical record. 6. September 1913.*

Verf. hat innerhalb kurzer Zeit folgende drei Fälle zu sehen Gelegenheit gehabt:

1. 25 Monale alter Knabe. Röntgenaufnahme nach Wismuthmahlzeit zeigte eine Verengerung des unteren Oesophagusdrittels; der obere Theil des Oesophagus war leicht dilatirt. Das Kind nahm rapide an Gewicht ab. Dic Strictur war so eng, dass ein Versuch, sie zu dilatiren, gefährlich schien. Es wurde die Gastrostomie gemacht, das Kind starb aber. Es handelte sich um eine angeborene Strictur, die fast immer letal ist.

2. Im zweiten Fall handelte es sich um ein zehnjähriges Mädchen, bei dem ein congenitaler centraler Spasmus vorlag mit Dilatation oberhalb der verengten Partie. Pat. litt an Erbrechen und Schmerzen; bei Sondirung des Oesophagus traf man auf ein Stück Orange, in dem ein Pennystück steckte. Das untere Drittel des Oesophagus zeigte eine ausgesprochene Dilatation.

3. Fünfjähriger Knabe, der nicht erbrach, solange er mit Flüssigkeiten oder weichen Speisen genährt wurde. Bismuthmahlzeit und Röntgenaufnahme ergab nichts Besonderes, das Bismuth passirte den Pylorus. Ungefähr 24 cm von den Schneidezähnen traf die Sonde auf einen Widerstand; dieser wurde jedoch überwunden und die Sonde drang in den Magen. Die Sonde wurde 2 mal täglich eingeführt und nach 2 Wochen konnte auch feste Nahrung ohne Erbrechen genommen werden.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Emerich von Navratil. Entstehung und Entwicklung der Laryngoskopie. Berlin 1914. A. Hirschwald.

Wenn einer der Veteranen unserer Specialität, der dieselbe seit ihrem frühesten Beginne gepflegt hat, seine Erinnerungen veröffentlicht, so haben die Jüngeren

ihm dafür ausserordentlich dankbar zu sein; solche lebendigen Erinnerungen sind immer anregend und lehrreich, selbst wenn die Thatsachen manchmal etwas subjectiv aufgefasst erscheinen mögen — finden sich doch sogar in Bismarck's Gedanken und Erinnerungen manche Erinnerungsirrthümer. Die Beurtheilung des Verhältnisses von Türck und Czermak ist durch die persönliche Erinnerung und Dankbarbeit gegen Czermak ein wenig subjectiv gefärbt und Türck wohl mehr als recht in den Hintergrund gerückt. Sehr angenehm berührt die lebendige Dankbarkeit und Hochschätzung, die sich aus jeder Zeile für Czermak ausspricht. Mit grossem Interesse liest man auch die mannigfachen Schwierigkeiten, welche N. zu überwinden hatte, ehe er sich in Budapest einen Lehrstuhl für Rhino-Laryngologie und das nöthige Material verschaffen konnte. Man sieht, die Laryngologie hat von Anfang an um ihre Berechtigung als selbstständige Specialität kämpfen müssen.

Das kleine Werkchen ist mit zwei Facsimiles Czermak'scher Briefe an den Verfasser geziert. Im Anhange an die historischen Erörterungen berichtet Navratil, wohl jetzt der Senior unseres Faches, ausser dem wohl unter den Lebenden nur noch Rauchfuss in Petersburg an der Wiege der Specialität gestanden, über einige Experimente und Erfahrungen zur rhino-laryngologischen Chirurgie. Er erzählt über Durchschneidungsversuche der Kehlkopfnerven aus dem Jahre 1870, über seine Behandlungsmethode der Ozaena durch Massiren mit in Wasserstoffsuperoxyd getauchte Wattebäusche, über Operationen bei Nasenstenosen, Operation von adenoiden Vegetationen — er hat sie nie in Narkose ausgeführt und warnt davor, Adenoide gleichzeitig mit den Gaumentonsillen zu entfernen — über Operation von Lymphosarkom, über Strumen und deren krebsige und sarkomatöse Entartung. So finden sich die verschiedensten Erkrankungen besprochen. Es würde zu weit führen, sie alle aufzuzählen. Auch der erfahrene Laryngologe wird die lebendigen Darstellungen Navratil's mit Vergnügen und nicht ohne Nutzen lesen.

P. Heymann.

---

b) Erster Internationaler Congress für experimentelle Phonetik in Hamburg.

Vom 19. bis 22. April 1914.

I. Tag.

Nach einer vorbereitenden Geschäftssitzung am Abend des 19. April fand am Montag, den 20. April, Vormittags $9^1/_2$ Uhr, die Eröffnung des Congresses in dem Vorlesungsgebäude der Stadt Hamburg statt. Es waren gewählt die Professoren Meinhof (Hamburg) als erster Vorsitzender, Gutzmann (Berlin) und Gradenigo (Turin) als stellvertretende Vorsitzende. Die Theilnahme übertraf alle Erwartungen und überbot mit der Zahl von 300 angemeldeten Theilnehmern die ursprünglich angenommene Zahl um das Dreifache. Sieben Regierungen, vierzehn ausserdeutsche, sowie die Gesammtheit der deutschen Universitäten und zwölf wissenschaftliche Gesellschaften, Institute und Unterrichtsanstalten hatten Vertreter entsandt. Nach der Eröffnungsrede des ersten Vorsitzenden und der Begrüssung der genannten Vertreter folgte der einleitende Vortrag von

1. Gutzmann (Berlin): Ueber Wesen und Ziele der experimentellen Phonetik.

Die Erkenntnis, dass die directe Beobachtung phonetischer Erscheinungen nicht genügt, um sichere und eindeutige Resultate zu erhalten, nöthigt zur Anstellung von Experimenten und zur Construction geeigneter Instrumente. Das Wesen der experimentellen Phonetik liegt durchaus nicht allein in der Anwendung von Maschinen und Instrumenten, was zu der etwas geringschätzigen Bezeichnung „Instrumental“- oder „Maschinenphonetik“ führte, sondern im Experimente. Dessen Wesen liegt in dem Gedanken, durch den Versuch eine Erfahrung zu gewinnen. Aus dem ersten wissenschaftlichen Nachdenken und aus den Ergebnissen der Versuche resultiren ihrerseits wieder die Instrumente. Der Experimentalphonetiker kann ihrer also nicht entraten. An einem kurzen geschichtlichen Rückblick wurde gezeigt, wie die experimentell-phonetischen Methoden sich entwickelten in der Verfolgung des Zweckes, die sprachlichen Bewegungserscheinungen zu analysiren, die kleinen und kleinsten phonetischen Bewegungen zu vergrössern, ihren für die Beobachtung allzu schnellen Ablauf zu einer Art Stillstand zu zwingen, der ein sorgsames von der Zeit unabhängiges Untersuchen gestattet. Wie sehr auf diese Weise die experimentelle Phonetik die frühere, auf einfache directe Beobachtung gegründete Phonetik übertrifft, wurde an einigen Demonstrationen treffend erläutert. Ebenso ist dadurch erwiesen, in wie vielen Gebieten anderer Wissenschaften die experimentelle Phonetik befruchtend und fördernd gewirkt hat: neuere Philologie, Sprachphysiologie, Taubstummenbildung, Kunstgesangsforschung und vor allem Medicin, besonders Rhino-, Oto-, Laryngologie und Psychiatrie.

Aus den folgenden fachwissenschaftlichen Sitzungen sind sämmtliche Vorträge, Mittheilungen und Demonstrationen angeführt, jedoch sind nur die den Laryngologen bedeutsamen referirt. Die Anführung aller Themata möge zur Würdigung von Umfang und Bedeutung der experimentellen Phonetik beitragen.

2. G. Forchhammer (Kopenhagen): La internaciona linguo (Die internationale Sprache).

3. S. Baglioni (Rom): Umgestaltung des Stimmregisters in den verschiedenen Tagesstunden.

Selbstbeobachtungen. In den ersten Morgenstunden ist die mittlere Tonhöhe der Sprachlaute vernehmlich tiefer als der Reihe nach in den einzelnen Stunden des Tages. Der Unterschied ist grösser als das Intervall einer Octave. Während nämlich Morgens die Baritonstimme sich dem Bassregister nähert, erhebt sie sich während des Tages, so dass sie am Nachmittage und in den Abendstunden nach dem Tenorregister (Falsett) hinneigt. Das findet seine wahrscheinliche physiologische Erklärung in der Thatsache, dass sich während der Nachtruhe der neuromusculäre Tonus der Larynxmuskeln, wie aller anderen gestreiften Muskeln, senkt und sich während der ersten Frühstunden in dieser Verfassung erhält, um dann allmählich wieder in der Folge der Stunden zu steigen, besonders unter dem Einfluss der functionellen Ausübung.

4. J. Katzenstein und O. Haenlein (Berlin): Ueber Athmungsuntersuchungen an taubstummen Schülern.

Die folgenden Untersuchungen wurden angestellt im Anschluss an eine Veröffentlichung von Schär (Vox, 1913, H. 2, 3, 4), aus der der Verf. den Schluss zog, dass „durch den Lautsprechunterricht nicht in günstigem Sinne auf die Athmung der taubstummen Schüler eingewirkt wird“ (H. 4, S. 208).

Die Ergebnisse Schär's wurden gewonnen aus Untersuchungen an Kindern aus der Hamburger Taubstummenschule, als Vergleichsergebnisse dienten die Zahlen Wintrich's, die bei normalen Schülern erhoben wurden.

Gegen die Ergebnisse Schär's lässt sich von vornherein anführen, dass er selbstverständlich mit einem anderen Instrument als Wintrich gearbeitet hat, und dass die Normalkinder Wintrich's einem anderen Milieu entstammen als die Hamburger.

Die Controlluntersuchungen Katzenstein's und Haenlein's wurden mit demselben Instrument, und zwar einem gewöhnlichen Spirometer an sämmtlichen Schülern der Berliner Königlichen Taubstummenanstalt vorgenommen, die Vergleichsuntersuchungen Normaler wurden an Kindern der Universitäts-Ohren- und Nasenklinik und an gesunden Knaben der 30. Berliner Gemeindeschule ausgeführt. Die Vitalcapacität wurde bei jedem Kinde zehnmal so aufgenommen, dass dreimal drei und zum Schluss eine Aufnahme gemacht wurden. Von diesen zehn Aufnahmen wurde die höchste Zahl verwerthet. Demonstration der gewonnenen Tabellen.

Es ergiebt sich aus dieser Untersuchung Folgendes:

a) Die Vitalcapacität normaler und taubstummer Berliner Schulkinder ist schlechter als die von Wintrich aufgestellte Norm.

b) Die Vitalcapacität taubstummer Berliner Schüler und Schülerinnen ist vielfach schlechter als die der vollstimmigen gesunden Berliner Schüler und Schülerinnen.

c) Es war nicht festzustellen, dass mit aufsteigendem Schulalter die Vitalcapacität der taubstummen Schüler und Schülerinnen im Vergleich zu der der Vollsinnigen abnahm.

Durch diese Untersuchung wird die Beunruhigung, die durch die Schär-sche Veröffentlichung unter den Taubstummenlehrern entstanden war, beseitigt.

5. J. Forchhammer (Kopenhagen): Die Bedeutung einer wissenschaftlichen Eintheilung und Benennung der Sprachlaute für die experimentelle Phonetik.

6. Struycken (Breda): Die Correction der Klangcurven.

7. Flatau-Berlin: Sichtbare Sprachbewegungen.

Zum Studium der sichtbaren Sprachbewegungen ist die Aufnahme und Vermessung von Reihenaufnahmen ein vorzügliches Mittel.

Durch die Vermessung markirter Punkte der Lippen- und Wangenmuskulatur, am Mundboden, am Hals-Kieferwinkel, am Unterkiefer wird bewiesen, dass die

bisher angenommenen optischen Hülfszeichen für das Absehen revidirt werden müssen.

Es ergeben sich — wie früher beim physiologischen Studium der Ortsbewegungen — durch das Mittel der Reihenaufnahmen früher unbekannte, fremdartig wirkende Zwischenstufen neben den bekannteren Anfangs- und Endstellungen. Sie werden theoretisch und praktisch verwerthet werden können.

In Fällen geringer Visualität ist die Uebung an vorgeführten Sprachenreihen ein vorzügliches Hülfsinstrument zu ihrer Erziehung.

8. Peters (Glasgow): **Resultate melodisch-rhythmischer Untersuchungen.**

9. J. Forchhammer (Kopenhagen): **Notenpapier für die Sprachmelodiencurven.**

10. Ponzo (Turin): **Merkmale der pneumographischen Curven bei der Benennung von Gegenständen.**

Es handelt sich um Ponzo's neueste Experimentaluntersuchungen über die Vorgänge des Erkennens und Benennens.

Das Verfahren ist folgendes: Der Versuchsperson wird, ohne dass sie vorher Bescheid weiss, durch den Fall eines Schirmes ein Gegenstand gezeigt, dessen Namen sie so schnell als möglich laut angeben muss.

Während des Versuchs wird mit zwei Lehmann'schen Pneumographen die Athmungscurve aufgenommen, und zwar in Verbindung mit zwei Marey'schen Schreibhebeln, die auf das berusste Papier eines Cylinders von einem Baltzarmotor schreiben.

Es liessen sich verschiedene phonetisch interessante Erscheinungen feststellen, nämlich:

a) Es zeigen sich in der Athemcurve nach dem Zutagetreten des Gegenstandes, und besonders wenn dieses im Augenblick der höchsten Einathmung erfolgt, zusammenhängende und gleichbleibende Abweichungen. Sie gestatten dem Versuchsleiter, die Dauer der einzelnen Phasen im Erkennungs- und Benennungsvorgang abzugrenzen und zu bestimmen, daher im Einzelnen 1. die Zeit für die einfache Reaction auf den Lichteindruck, 2. die Zeit für das Erkennen des Gegenstandes und 3. die Zeit für das Suchen des Wortes.

Diese Thatsachen lassen hoffen, dass sich mit diesem Verfahren der Grund angeben lässt für eine mehr oder minder grosse, für den Einzelnen bezeichnende Verzögerung der phonetischen Reactionen bei Normalen und Anormalen.

b) Aus den Versuchen folgt ferner, dass die Form der Brust- und Bauchathmungscurven, im obigen Sinne betrachtet, eine fest bestimmte Eigenart aufweisen, die sich je nach den als Reiz gebotenen Objecten mehr oder weniger verändern.

c) Es ergiebt sich ferner, dass Aehnlichkeiten zwischen den so erhaltenen Athemlinien unter Gliedern derselben Familie bestehen.

Auch mit Untersuchungen mittels anderer Anordnungen hat Referent die eben erwähnten Thatsachen bestätigen können.



11. Eijkmann (London): The Tongue Position in the Pronunciation of some vowels as set forth by Röntgen-Photographs. (Die Stellung der Zunge in der Aussprache einiger Vocale nach Röntgenaufnahmen.)

E. findet für die untersuchten holländischen Vocale drei verschiedene Typen mit allmählichen Uebergängen in der Stellung von Zungenspitze und Zungenrücken.

12. H. Stern (Wien): Die Gesangsmethoden im Lichte der modernen phonetischen Forschung.

Der Vortragende entwarf zunächst einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der Gesangspädagogik von ihrem Beginne im 16. Jahrhundert an und besprach dann die Grundprincipien der italienischen, deutschen und französischen Methode. Vortr. zeigte dann, wie alle die Elemente einer richtigen Stimmausbildung, wie dieselben von hervorragenden Meistern der Gesangskunst gefordert werden, ihre Stütze und Bestätigung durch die Ergebnisse der modernen phonetischen Forschung gefunden haben, so insbesondere die Frage der Athmung, des Stimmeinsatzes, der Resonanz- und Registerfrage usw. Im Gegensatz zu Giesswein möchte Vortragender die Wichtigkeit einer richtigen Nasenresonanz nicht laut genug betonen können; hier hat die Praxis die Antwort auf die zu lösende Frage gegeben. Ein Punkt, der bisher zu wenig oder gar nicht beachtet wurde, ist der, dass in der Ausbildung des Sängers sein sogenannter Vorstellungstypus eine Hauptrolle spielt, und möchte Dr. Stern diesen Gedanken, den er, so weit ihm bekannt ist, als Erster ausspricht, als den Leitgedanken für die streng zu individualisirende Stimmpädagogik bezeichnen. Dr. Stern fasste dann in 5 Thesen sein Referat zusammen.

Zur Discussion sprachen ter Kuile, Bremer und Peters. Die letzteren vermissen im Referat Ausführungen über die Lehre von Rutz. Hierzu bemerkt Referent im Schlusswort: Die Rutz'sche Lehre entfernt sich so sehr von unseren elementaren gesangsphysiologischen Kenntnissen, dass er sich mit Recht nicht weiter über die Rutz'schen Ideen ausliess, wie er überhaupt nicht alle Richtungslinien der verschiedenen Gesangsmethoden in den Kreis seiner Betrachtung ziehen konnte.

13. Forchhammer (Kopenhagen): Ein Versuch, die Stimmbildung auf Grund der Ergebnisse der modernen Stimmphysiologie und experimentellen Phonetik rationell aufzubauen.

Die gewöhnlichen Stimmbildungsmethoden fordern keine eingehenderen Kenntnisse der mechanischen Vorgänge beim Singen und Sprechen; sie können solche überhaupt nur wenig verwerthen.

Als Ergänzung zu diesen Methoden verwende ich eine ganz auf den Ergebnissen der Wissenschaft aufgebaute Methode. Ihr Princip besteht darin, dass man die unbewussten Functionen, die zu corrigiren sind, unter die Herrschaft des Bewusstseins zieht, sie dort corrigirt und so lange unter der strengsten Controle richtig übt, bis die neue, richtige Function natürlich geworden ist. Man lässt dann nach und nach in der Controle und der bewussten Aufmerksamkeit nach,

bis die Function sich ganz von selbst, also wieder unbewusst — aber diesmal richtig vollzieht.

Voraussetzungen: Der Lehrer muss sichere Diagnose stellen können und wissen, wie die einzelnen Organe in jedem Falle functioniren sollen. Der Schüler muss seine einzelnen Organe beherrschen und soweit kennen, dass er sie nach den Directiven des Lehrers beliebig einstellen kann. Dies verlangt ein entwickeltes Muskel- und Organgefühl; und da dies Gefühl für jeden Sänger und Redner das Einzige ist, worauf er sicher bauen kann, indem selbst das beste Ohr nur den schon vorhandenen Laut controliren kann, fange ich mit der Entwickelung dieses Gefühls an.

Mittel: a) Tägliche gymnastische Uebungen nach einem System, das nach dem Princip der möglichst weit getriebenen Isolation der einzelnen Bewegungen und Abschlaffung der nicht thätigen Muskeln aufgebaut ist.

b) Vorbereitende Uebungen der Sprachwerkzeuge, nach demselben Princip anfangend, dann immer mehr Bewegungen combinirend, alles unter der strengsten Controle durch Spiegel und andere Controlmittel.

Das eigentliche Tonstudium ist eine directe Fortsetzung der vorbereitenden Uebungen: a) Isolirte Stimmlippenübungen, darunter: die 3 Stimmeinsätze und -absätze, das Crescendo und Decrescendo, die Registerübergänge, das sogenannte „Verdünnen“ durch Abschlankung der Stimmlippen, das Hinsterben des Tons durch Loslassen der Stimmlippencompression u. m. a.

b) Uebungen der Theile des Ansatzrohres bei constanter Stimmlippenthätigkeit, erst isolirt, dann combinirt; hierunter die Vocale und theilweise auch die Consonanten.

c) Bildung der übrigen Sprachlaute.

d) Verbindung der Sprachlaute, kleine Sätze, Text.

e) Die isolirten Stimmlippenübungen auf allen stimmhaften Lauten oder wenigstens auf allen reinen Stimmlauten.

Vortheile der Methode: a) Giebt dem Schüler sofort ein reiches Uebungsmaterial in die Hände, das dank der bequemen Controle sicher und ohne Risiko gepflegt werden kann.

b) Entwickelt den Muskel- und Organsinn.

c) Bietet sichere Wege durch das gerade besonders schwierige Anfangsstadium, und

d) Hülfe in gewissen pathologischen Fällen.

Discussion:

Gutzmann: Das Verfahren bedarf noch experimenteller Begründung.

Stern: Von rein isolirten Uebungen kann wohl nicht die Rede sein, da jede sprachliche und stimmliche Production uns eine Coordination, d. h. das Zusammenwirken mehrerer Muskeln im Sinne einer einheitlichen Zweckerfüllung darstellt. Die sonst interessanten Ideen F.'s werden wohl noch sorgsamer Nachprüfungen bedürfen.

V. Forchhammer (Schlusswort).

14. **Waiblinger: Ueber das Verhältniss von Sprache und Gesang.**

15. **Hegener: Stereoskopie und Stereophotographie der Larynx- und Ansatzrohrbewegungen.**

16. **Hegener und Panconcelli-Calzia: Vorführung von Kinematographien der Stimmbänder.**

Hegener giebt eine eingehende Beschreibung und Erläuterung der Apparateanordnung zunächst zum stereoskopischen Sehen des Kehlkopfspiegelbildes. Er benutzt ein Doppelfernglas, ähnlich einem Zeiss- oder Görz'schen Feldstecher, wodurch der Augenwinkel verkleinert und das stereoskopische Sehen ermöglicht wird.

Photographische Aufnahmen, welche das Larynxinnere in wunderbarer Klarheit stereoskopisch wiedergeben, waren ausgelegt.

In gleicher Weise wurden von Hegener und Panconcelli-Calzia durch Zwischenschaltung eines stroboskopischen Apparates Aufnahme der Stimmlippenbewegungen gewonnen. Diese wurden in kinematographischer Projection vorgeführt.

Discussion: Musehold (Berlin) freut sich, feststellen zu können, dass die von ihm vor Jahren mit seinen mühsam gewonnenen photographischen Kehlkopfaufnahmen gemachte Anregung hier auf so fruchtbaren Boden gefallen ist. Wenn seine Propaganda in langen Jahren wenig Erfolg hatte, so lag das in der Schwierigkeit dieser Arbeit und der hierzu erforderlichen Geduld. Den Herren Hegener und Calzia ist für die in so reichem Maasse aufgewendete Mühe, Arbeit und Geduld der Dank der phonetischen Wissenschaften sicher.

17. **G. Gradenigo: Die suprapalatale Resonanz der Stimme.**

Die Marbe'sche Methode gestattet das genaue Studium der jeweils besonderen Art, mit der sich die Schwingungen der Stimmbänder nach den verschiedenen Theilen des Körpers fortpflanzen. Diese Erscheinungen erforscht man gewöhnlich mit dem Gehör oder dem Getast.

Soweit die vom Verf. in Gemeinschaft mit Stefanini angestellten Untersuchungen auf die Nasenhöhlen Bezug nehmen, folgt auch für die nicht nasalen Phoneme, bei denen also die Luft nicht zur Nase ausströmt, dass hier die in den Nasenhöhlen und wahrscheinlich auch die in den Kieferhöhlen enthaltene Luft in Vibration geräth. Das trifft jedoch nur für die Vocale und stimmhaften Consonanten zu, während sich für die Aussprache stimmloser Consonanten solche Schwingungen nicht nachweisen lassen. Man hat zu bedenken, dass im Falle der Vocale und nichtnasalen stimmhaften Consonanten die häutig-knöcherne Scheidewand, die bei der Phonation die Mund- und Pharynxhöhle von der Nasenhöhle und den Nasenrachenhöhlen vollständig trennt und vom harten uud weichen Gaumen gebildet wird, in Schwingungen geräth, weil sie von der schwingenden Luftsäule getroffen wird, wobei sich die Schwingung fortpflanzt bis zu der in den Nasen- und Kieferhöhlen enthaltenen Luft und für den Klang der Stimme wesentlich bestimmend ist. Es erklärt sich, wie gewisse Eigenthümlichkeiten im Bau des harten Gaumens (grössere oder geringere Weite oder Wölbung) und der Nebenhöhlen des Kopfes einen grossen Einfluss auf die Klangfarbe haben können und wie eine ähnliche Wirkung ausgehen kann von der Schwellung und Feuchtigkeits-

übersättigung der Schleimhaut der Nasenhöhlen, wie z. B. beim Schnupfen, selbst wenn genannte Höhlen den Luftstrom passiren lassen.

Anschliessend Vorführung der graphischen Darstellungen.

Die beiden folgenden Vorträge wurden wegen plötzlicher Erkrankung des Autors verlesen.

18. Nadoleczny (München): Ueber Einstellbewegungen.

Unter „Einstellbewegungen" beim Singen sind zu verstehen Bewegungen der Athemmusculatur und des Kehlkopfs vor der Intonation, welche auf die Hervorbringung bestimmter Gesangsklänge hinzielen.

An den Athemcurven erscheinen sie als Ausdruck einer Vertiefung der Athmung, einer Verlangsamung der Ausathmung oder einer auf bestimmte Schulung hindeutenden Veränderung des Athemtypus. In der Kehlkopfbewegung erscheinen sie als ein Wegrücken des Kehlkopfs vom statischen Nullpunkt. Zum Vergleich mit diesen echten Einstellbewegungen wurde der Einfluss gehörter Stimmgabel- und Singtöne auf die Athmung untersucht. Diese bewirken bisweilen eine Veränderung der Athemcurve (Abflachung oder Vertiefung) und secundäre Kehlkopfbewegungen. Ferner wurden verglichen die Einstellbewegungen bei vorgestellten Singtönen mit gleich hohen gesummten Tönen und bei intendirten aber nicht intonirten Gesangstönen. Durch Aufnahme einer Stimmcurve mit dem Kehltonschreiber von Gutzmann-Wethlo wurde das Verhältnis der Einstellbewegungen zum Stimmeinsatz der gesummten Töne festgestellt. Wo die Athmung vertieft wird beim Vorstellen von Singtönen, kann der Kehlkopf einfach der Athmung folgen. In anderen Fällen treten echte Einstellbewegungen ein; sie sind beim Intoniren grösser als beim Vorstellen und bei Letzterem deutlicher als beim Hören von Tönen. Sie sind abhängig von der Tonhöhe und erfolgen beim Vorstellen gleichsinnig wie beim Summen. Sie sind ferner abhängig von der Stimmgattung und von der technischen Ausbildung.

Sie werden aber auch beeinflusst durch den Vorstellungstypus und können absichtlich unterdrückt werden, wenn psychomotorische Vorstellungen vor acustischen zurücktreten.

Die Einstellbewegungen sind mit dem Ertönen der Stimme nicht beendet und unterliegen bis zu einem gewissen Grad dem Willen. Im Gegensatz zu ihnen kann man nach Schluss der Phonation (oder des Vorstellens von Gesangsklängen) auftretende Bewegungen nach der Ruhelage hin als „Abstellbewegungen" bezeichnen.

Discussion.

Flatau (Berlin): Es wäre wünschenswerth, die Beziehung der Einstellbewegungen zum sogen. „Innern Singen" psychologisch weiter auszubauen.

Gutzmann macht aufmerksam, dass diese Bahn von Stumpf in seiner Tonpsychologie schon betreten wurde.

19. Nadoleczny: Pulsatorische Erscheinungen an laryngographischen und pneumographischen Curven.

Diese finden sich in exact geschriebenen Athemcurven regelmässig in Brust- und Bauchcurven. Bei verlangsamter Ausathmung werden sie deutlicher. Die



rhythmische Schwankung, hervorgerufen durch die cardiopneumatische Bewegung, beeinflusst die Stimmstärke und Stimmhöhe und ist als pulsatorisches Tremolo hörbar, und zwar am stärksten beim Ausklingen des Tones im Pianissimo. Hier beginnt die Stimme erheblich zu schwanken. An laryngographischen Curven, mit dem Zwaardemaker'schen Apparat aufgenommen, lässt sich der Puls bei sorgfältiger Einstellung darstellen.

20. Sokolowsky (Königsberg): Versuch einer Analyse fehlerhaft gebildeter Gesangstöne, nebst Demonstration eines neuen Schallschreibers.

S. betont zunächst die Schwierigkeiten, die sich einer auch nur annähernden Lösung der Frage entgegenstellen. Die Versuche (acustisch-phonetische Abtheilung der Königlichen Universitäts-Ohrenklinik) beschränken sich zunächst darauf, dass der Vocal A von einem Sänger auf mehrere Töne in fünf verschiedenen Arten gesungen und dann untersucht wurde. Diese fünf Arten waren 1. der normal gebildete Ton, 2. der gequetschte oder gekehlte Ton, 3. der Gaumenton, 4. der übermässig nasale Ton, 5. der übermässig offene oder plärrende Ton. Der Schall wurde auf eine kreisrunde Glasplatte von $^1/_2$ mm Dicke und einem Durchmesser von 30 mm übertragen. Diese Platte hatte einen Eigenton von ca. 4000 Schwingungen pro Secunde; auf dem Centrum der Platte war ein Holzsteg aufgekittet, der mit dem einen Ende einer Metallfeder in Verbindung stand, deren anderes Ende an der Peripherie der Glasscheibenfassung befestigt wurde. Dieser von Weiss angegebene Schallschreiber unterscheidet sich von der analogen Hermannschen Construction durch seinen hohen Eigenton; der Vortheil dieses Apparates besteht darin, dass die höchsten Partialtöne der Analyse tiefer liegen als der Eigenton des Apparates, so dass eine Trübung des Resultats durch Eigenschwingungen nicht möglich ist. Die Resultate sind folgende: Im Vergleich zum normal gebildeten Ton (I) ist der gekehlte Ton (II) an Obertönen ärmer. Der Gaumenton (III) zeichnet sich durchweg durch einen sehr hohen Grundton aus. Der übermässig nasal gebildete Ton (IV) zeigt neben einer sehr geringen Grundtonamplitude ausserordentlich niedrige Obertöne. Der übermässig offene oder plärrend gesungene Ton (V) zeichnet sich durch einen ausserordentlichen Reichthum an Obertönen aus.

Die industrielle Ausstellung von phonetischen Instrumenten, Apparaten, Demonstrationsmitteln der bedeutendsten in- und ausländischen Firmen, welche im Vorlesungsgebäude untergebracht war, erfreute sich vom ersten Tage an des regsten Besuches.

II. Tag.

21. E. N. Maljutin (Moskau): Beitrag zur anatomischen Grundlage der Diagnostik des Charakters der Stimme.

Die Gaumenbildung eines jeden Menschen ist von grösster Wichtigkeit für die Entstehung und Stellung seiner Stimme.

Es giebt nicht zwei Individuen auf der Welt, bei denen sich alle Einzelheiten der Gaumenbildung ganz genau wiederholen, jedoch kann man mit völliger Sicherheit bestimmte Typen unterscheiden.

Es ist für Qualität der Stimme nothwendig, dass der Stimmcharakter mit dem Typ des Gaumens harmonirt.

Nach der Form des Gaumens kann man bereits die Prognose stellen über den Charakter und die Stabilität der betreffenden Stimme.

Die resonatorischen Qualitäten des Gaumens kann man gewissermaassen durch eine Prothese ändern, und dadurch wird die Stimmbildung erleichtert.

Es folgt eine Demonstration der hauptsächlichsten Typen, welche berühmten Sängern, Sängerinnen und Rednern angehören, begleitet von Phonogrammen.

In der Discussion fragt Zwaardemaker an, ob auch zahnärztliche Veränderungen an den Kiefern vorgenommen wurden, und weist auf die mechanische Dehnung hin.

Hopmann macht darauf aufmerksam, dass ähnliche Anschauungen wie die von Maljutin von dem Münchener Zahnarzt Reichert vertreten werden. Besonders die von Zwaardemaker angeregte Dehnung der Kiefer ist von R. zur Verbesserung des Gesangtones gemacht worden.

An der Discussion betheiligt sich noch Gradenigo.

22. Schär (Hamburg): Resultate von Untersuchungen über die Vitalcapacität von Taubstummen, Schwerhörigen und Vollsinnigen.

Um festzustellen, welchen Einfluss das Sprechen auf die Athmungsthätigkeit der Taubstummen hat, sind an 189 Taubstummen, 92 Schwerhörigen und 935 Hamburger Volksschülern Untersuchungen über die Grösse der Vitalcapacität angestellt worden.

Sie bestätigen

a) dass der Mangel an Sprechübung die Ausbildung der Lungen ungünstig beeinflusst;
b) dass durch den Unterricht in der Lautsprache die Athmungsmuskulatur gekräftigt werden kann;
c) dass durch zu hohe Anforderungen an die Schüler die bisher unthätigen Lungen an Stelle einer Kräftigung eine Schädigung erfahren.

Um eine solche Schädigung zu vermeiden, darf die wöchentliche Stundenzahl für die Schulanfänger höchstens 18 betragen und im Laufe der Schulzeit für die Knaben höchstens auf 32, für die Mädchen auf 30 steigen.

Discussion:

Katzenstein hebt hervor, dass Schär gegenüber den früheren Untersuchungen die Ursache der verminderten Vitalcapacität nicht mehr im Lautsprachunterricht, sondern in Ueberanstrengung in Folge zu hoher Stundenzahl sieht.

Stern tritt für energische Beseitigung dieses Uebelstandes ein, bezweifelt im Uebrigen diese Aetiologie. Die Ursache, warum seine eigenen und Katzenstein's (s. oben) Untersuchungen mit denen Schär's im Widerspruch stehen, ist ihm nicht erfindlich.

Zwischen den Taubstummenlehrern Söder, Just und Schär entspinnt sich eine längere Debatte über die zulässigen Stundenzahlen an den verschiedenen



Klassen der in Frage stehenden Taubstummen-Anstalten, sowie über deren schulärztliche Versorgung.

Schär tritt im Schlusswort für einen entschieden weiteren Ausbau der letzteren ein.

23. Ott (Lübeck): Stimmuntersuchung bei Taubstummen und Schwerhörigen und ihre Bedeutung für die Stimmschulung bei Normalen.

Stimmuntersuchungen bei 157 Taubstummen und 113 hochgradig Schwerhörigen haben ergeben, dass, vom Standpunkt des Stimmbildners beurtheilt, nur 10 Kinder unter allen Taubstummen sich eines guten Stimmklangs erfreuen; die Stimmen aller übrigen waren sehr fehlerhaft, rauh, belegt, heiser oder gedrückt. Bei der Kehlkopfuntersuchung zeigten diese auch fast alle Zeichen von Ueberanstrengung des Stimmorgans: Erscheinungen von Kehlkopfkatarrh und theilweise Lähmung der Schliessmuskeln der Stimmritze. Die Ursache dafür liegt in der bei so gut wie allen Untersuchungen constatirten, physiologisch unrichtigen Athmung beim Sprechen; sie gebrauchten die sogen. Hochathmung, bei der fast nur der Brustkorb zum Athmen benutzt wird, der eigentliche Hauptathmungsmuskel dagegen, das Zwerchfell, durch verkehrte Bewegungen der Bauchwand mehr oder weniger brach gelegt wird.

Eine ganz merkwürdige Beobachtung wurde aber bei den Stimmuntersuchungen gemacht. Wenn man von der Eintönigkeit und der Rauhigkeit oder Heiserkeit absieht und lediglich auf den allgemeinen Stimmklang achtet, so fand sich, dass bei allen, mit Ausnahme von 17, die Stimme den weichen, runden Klang hatte, den bei normalen Kindern zu erreichen das Ziel aller guten Stimmpädagogen ist, sowohl vom künstlerischen, wie vom stimmhygienischen Standpunkt aus. So betrachtet, stellt sich der Taubstummenunterricht als ein Experiment in grossem Stile dar, das zeigt, wie auch ohne Benutzung des Gehöres, durch den bei Taubstummen ja allein möglichen Weg der bewussten Schulung der Muskel- und Lageempfindungen in den Stimmorganen, sowie der sogen. Anschlagspunkte des Tones, schon ein grosses Maass an Klanggüte erzielt werden kann. Weiter hat sich bei Untersuchung der Schwerhörigen herausgestellt, dass von diesen, die doch das Gehör zur Stimmbildung teilweise noch mitbenützen, nur 53, also noch nicht die Hälfte, den weichen Stimmklang hatten; bei normalen Menschen war das nach Untersuchung an nicht weniger als 2000 Schulkindern noch in erheblich geringerem Maasse der Fall. Das ist eine ernste Mahnung an die Stimmpädagogen, sich nicht, wie das jetzt noch meist geschieht, lediglich auf die Stimmbildung durch das Gehör zu stützen, sondern daneben auch die bewusste Schulung der Muskelbewegungs- und Lageempfindungen, sowie der sogen. Tonanschlagspunkte, die in Wirklichkeit Athemanschlagspunkte sind und Vibrationsempfindungen, energisch heranzuziehen, um so die Stimmbildung ihrer Schüler gründlicher, zuverlässiger und auch schneller zu bewirken.

Discussion: Seidel (Leipzig) und Sokolowsky (Königsberg) bestätigen die Ausführungen des Vortragenden, der erstere auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen als Stimmpädagoge, der letztere auf Grund einer grösseren

Untersuchungsreihe von Taubstummen-Stimmen. Er konnte eine richtige Taubstummenphonasthenie feststellen.

24. Clara Hoffmann (Hamburg): Stimmprüfungen bei Schulkindern.

Bisherige Prüfungen bezogen sich meist auf die Stimmgrenzen. Ott und C. Hoffmann stellten die Güte und Gesundheit des Stimmklanges beim Sprechen und Singen fest. Es wurden im Ganzen 2114 Kinder geprüft. Als „gut" wurden die Stimmen bezeichnet, welche klar und weich klangen. Unter „nicht gut" zählten alle Fehler, die der Gesundheit der Stimme schaden können und ihre Schönheit beeinträchtigen. Es ergaben sich 799 Stimmen gut, 1315 Stimmen nicht gut. Also etwa $^2/_3$ gebrauchten die Stimme falsch. Die Folgen sind oft körperliche Beschwerden und Berufsstörungen. Es wird die Forderung aufgestellt, dass das hygienische Sprechen und Singen auf allen Universitäten und Seminaren als Lehrfach aufgestellt wird.

Discussion: Flatau betont die Priorität der Flatau-Gutzmann-schen Schuluntersuchungen, welche ausser auf den Umfang, auch auf die andern Functionen der Stimme ausgedehnt und denen dann Spiegeluntersuchungen angeschlossen waren. Die Resultate von Ott und Hoffmann scheinen mit denen von Flatau und Gutzmann ziemlich viel Uebereinstimmung zu haben.

25. Biaggi (Mailand): Influenza delle voce del maestro sulla voce dello scolaro (Einfluss der Stimme des Lehrers auf die Stimme des Schülers).

Psychologisch und pädagogisch interessante Mittheilung.

26. Zumsteeg (Berlin): Ueber Stimmstörungen im Anschluss an die Mutation.

Ausser den bekannteren Formen von Mutationsstörungen, als deren häufigste die Falsettstimme oder persistirende Fistelstimme zu nennen ist, giebt es Formen, welche larviert verlaufen, zunächst oft nur als organische Störungen imponiren (chronische Laryngitis, Internusparese, spastische Dysphonie u. a.) und vor allem erst in den Jahren des Berufseintritts als störend empfunden werden, ja sogar direct als Hinderniss dem Berufsantritt sich entgegenstellen. Diese rein symptomatische Diagnose genügt bei diesen Formen nicht. Ihre Hauptbedeutung liegt einerseits auf dem ätiologischen Gebiete. Durch exacte Erhebung der Vorgeschichte sind die ersten Spuren der Erkrankung in der Mutationsperiode nachzuweisen. Andererseits wird durch sie die sociale Bedeutung der Mutationsstörungen beleuchtet, wie angedeutet. Es ergiebt sich die dringende Forderung der Stimmschonung während des Stimmwechsels. Besonders in der Schule sind mutirende Stimmen vor willkürlicher Ausnutzung zu behüten; Lehrern und Schulärzten empfiehlt sich Vertiefung stimmphysiologischer Kenntnisse.

Discussion:

Clara Hoffmann stimmt der Forderung der Stimmschonung und der Vertiefung stimmhygienischer Kenntnisse voll und ganz zu.

Katzenstein weist darauf hin, dass er zwei Fälle persistirender Fistelstimme mit dem Citelli'schen Handgriff geheilt hat.

Am Nachmittag des 2. Verhandlungstages fand eine Besichtigung des unter der Leitung des Herrn Panconcelli-Calzia stehenden phonetischen Laboratoriums des Hamburger Colonialinstituts statt, wobei folgende Vorträge und Demonstrationen und Vorführungen gehalten wurden:

27. Forchhammer (Kopenhagen): Ein neuer Hebel-Spirograph.
 a) Vorzüge und Mängel der Pneumographie.
 b) Athemmessungen mittelst eines einfachen Hebels.
 c) Beschreibung und Demonstration des Hebel-Spirographen.
 d) Vergleich zwischen Pneumogrammen und Spirogrammen.

28. Schär (Hamburg): Vorführung von Radiographien und phonographischen Aufnahmen von Taubstummen.

29. Schneider (Hamburg): Vorführung und Erklärung einiger phonetischer Apparate.

30. Wethlo (Berlin). Zur Technik der Stroboskopie. (Demonstration eines Strobo-Endoskops.)

Die stroboskopische Untersuchungstechnik hat physikalisch-technische, psychophysiologische und praktische Bedingungen zu berücksichtigen. Der Regulirung, der Beleuchtung und dem Verhältniss von Schlitzbreite zu Dunkelfeld ist je nach dem Verwendungszweck Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die psycho-physiologischen Verhältnisse lassen sich an einer mechanisch-graphischen Vorrichtung studiren. Es lässt sich an dieser zeigen, auf welche Weise beim Verhältniss 1:1 von Schlitz zu Dunkelfeld das stroboskopische Phänomen als Truglicht auftritt. Die bekannten Stroboskope entsprechen den praktischen Anforderungen im verschiedenen Grade. Für die Verbindung mit einem Endoskop oder mit einem Stirnband ist ein sehr kleiner, leichter und erschütterungsfreier Apparat von hoher Tourenzahl erforderlich, wie er in dem neuen Turbostroboskop nach Wethlo vorliegt.

31. Zumsteeg (Berlin): Ueber stroboskopische Untersuchungen (mit Demonstration eines Elektro-Stroboskops).

Laryngo-stroboskopische Untersuchungen sind in den letzten Jahren von einer Reihe von Forschern angestellt worden. Insbesondere waren die verschiedenen Stimmregister Gegenstand stroboskopischer Untersuchung und Beobachtung, und als Ergebniss darf eine einheitliche Auffassung des normalen laryngo-stroboskopischen Bildes von Brust- und Fistelstimme angenommen werden. Beobachtungen pathologischer Stimmlippenbewegungen finden sich in der Literatur nur sehr vereinzelt verstreut. Es ist zu bedauern, dass die Stroboskopie noch nicht mehr Allgemeingut des Laryngologen bis heute geworden ist. Auf Grund der bisherigen Ergebnisse am normalen Stimmorgan sowie mit Hilfe der bisher vorhandenen technischen Hilfsmittel lässt sich die Stroboskopie sehr wohl auf das pathologische Gebiet übertragen. Der Laryngologe braucht hierzu ein jederzeit und jederorts gebrauchsfähiges und vor allem nicht zu theures Stroboskop. Das von Z. angegebene Modell kommt diesem Bedürfnisse entgegen.

Bericht über die mit diesem Modell angestellten Beobachtungen und Untersuchungen.

III. Tag.

32. G. Silva (Parma): Considerazioni ed osservazioni d'indole pratica per il canto artistico intorno ad alcuni problemi di fonetica. (Erwägungen und Beobachtungen über den künstlerischen Gesang mit Bezug auf einige phonetische Probleme.)

Die gegenwärtige Krise im Gesang zeigt uns die Nothwendigkeit für die Stimmpädagogik, der modernen Zeit entsprechend rationelle Formen anzunehmen. Dazu muss sich in den Gesangschulen die Kenntniss der entsprechenden, für den Aufbau tauglicher Lehrmethoden unentbehrlichen Grundlagen verbreiten. Diese Grundlagen liefern uns die exacten Begriffe, die wir der Phonetik, zumal der experimentellen, verdanken. Um zu zeigen, wie dieser Zweig der Wissenschaft der Gesangspädagogik die grösste Hilfe leisten kann, legt S. einige seiner praktischen Beobachtungen dar, gesammelt bei phonetischen Experimenten über Athmung, über die Function des Gaumensegels, über die Bewegungen der Larynx und des Kehldeckels im Kunstgesang. S. hofft, dass das Zusammenwirken von Wissenschaft und Kunst zur Hebung der Gesangskunst und ihrer Pädagogik beiträgt.

33. Cornelie van Zanten (Berlin): Der Luftverbrauch beim Kunstgesang.

Nichts ist mehr dazu angethan Kunstgesang vom Naturgesang zu unterscheiden, als der Luftverbrauch. Er ist abhängig von der Art der Athmung, wie von der Athemverwendung während des Singens. Die zwei Typen der inspiratorischen und exspiratorischen Muskeleinstellung werden ihrer Bedeutung nach für den Tonansatz eingehend erörtert. Schliesslich empfiehlt v. Z. der experimentellen Wissenschaft als der Praxis in erster Linie nützlich: die Feststellung des Luftverbrauchs beim Forte und Piano, beim Accent, beim weichen und harten Einsatz, aber nur auf Grund eines reinen, vollen, ästhetisch wirkenden Stimmtones; ferner die Untersuchung der Athmungsfunction beim Auf- und Abwärtssingen, den Luftverbrauch beim gemischten Gesangston.

34. F. Wethlo (Berlin): Messungen des Luftverbrauchs bei Gesangstönen.

Für die Volummessung ist ein Apparat von möglichst geringer Trägheit zu fordern. Der leicht ansprechende Volumschreiber nach Gutzmann-Wethlo ist in seiner neuen Form leicht transportabel, compendiös und zu sofortiger Anwendung bereit. Die Mundnasenmasken neuer Form aus biegsamem Zinn haben Zweigleitungen zwecks Hörcontrole. Bei Aufnahmen von Gesangstönen hat man mit der leichten Beeinflussbarkeit der Sänger und den geänderten Resonanzverhältnissen zu rechnen. Mit der neuen Apparatur sind einige Untersuchungen über den Luftverbrauch bei verschiedenen Höhen, Stärken, Vocalen und Registern vorgenommen worden.

35. Weiss (Königsberg): Die Bildung der Stimme.

Vortr. hat die Druckschwankungen in der Trachea, die Bewegungen der Stimmbänder und die Druckschwankungen in der Luft photographisch registrirt. Er konnte so ein klares Bild des Geschehens bei der Stimmbildung gewinnen und kommt zu einer neuen Anschauung über die Bildung der Stimmlaute.

36. Flatau (Berlin): Ein handliches Kehlkopfstereoskop.

Es ist auf dem Princip von F.'s Kehlkopfendoskop aufgebaut, wie F. vorher die Stroboskopie daran angeschlossen hatte. Wie die indirecten Untersuchungsmethoden durch die Endoskopie des Kehlkopfs ergänzt werden, so tritt die Endostereoskopie in ihrer handlichen und bequemen Form ergänzend zu denjenigen Methoden der Stereoskopie, die wie die neue Hegener's die laryngoskopische Untersuchung voraussetzen.

37. G. Gradenigo (Turin): Esperienze sulla sensibilità dell' orrechio nell' uomo, per suoni di differente altezza tonale. (Ueber die Empfindlichkeit des Ohres für Klänge von verschiedener Tonhöhe.)

Der Verf. hat zahlreiche Versuche angestellt, um den Grad der Gehörempfindlichkeit für verschiedene Töne zu bestimmen auf Grund der mechanischen Energie, die zu ihrer Erzeugung erforderlich ist. Er benutzte metallische Musiksaiten, die mittels der für die Stimmgabeln von ihm und Stefanini beschriebenen Gewichtsmethode erregt wurden. Die Versuche wurden unter freiem Himmel gemacht, wobei man Sorge trug, die zahlreichen Fehlerquellen auszuschalten, die sich bei dergleichen Untersuchungen zeigen.

Im Unterschied zu den Feststellungen früherer Autoren, die mit kleinen Pfeifen gearbeitet und eine Höchstempfindlichkeit für die Töne c^4 bis g^4 (etwa 2—3000 Doppelschwingungen) gefunden hatten, ergab sich für Gradenigo ein Empfindlichkeitsmaximum bei c^3 bis g^3 (1000—1500 Doppelschwingungen) für Töne von Saiten, die nach der Pizzicato-Methode erregt wurden.

Diese Resultate haben keinen endgültigen, sondern nur vorläufigen Werth, da sie durch die verwendeten Saiten und die benutzte Methode bedingt sind. Man kann nicht mit Sicherheit behaupten, dass die Stärke des erzeugten Tones, lediglich auf Grund der zu seiner Erzeugung verbrauchten Energie berechnet, der Tragweite des Tones in grösserer Entfernung hinaus direct proportional sei. Die Resonanz steigert die Tragfähigkeit der Töne ausserordentlich, indem sie den Energieverbrauch beschleunigt. Während z. B. die Töne der tiefen Octaven von Saiten ohne Resonanzkasten, durch Zupfen in Schwingung versetzt, im freien Raum auf eine Entfernung von 30 bis 60 m vernehmbar sind, hört man Töne, die ebenfalls nur gezupft werden, aber von Saiten mit Resonanz herrühren, wie die Töne der Mandoline, bis auf mehr als 200 m.

38. Zwaardemaker (Utrecht): Die instrumentelle Vocalanalyse ohne Membraneinschaltung.

Zwaardemaker und sein Mitarbeiter Benjamins haben alle Vocale und Diphthonge der holländischen Sprache auf ihre Staubfiguren untersucht. Es fanden sich in den Staubfiguren keine anderen, als mit dem Grundton harmonischen Tonhöhen. Der energetisch stärkste Ton eines Vocalschalles ist also ein harmonischer Oberton des Stimmtons oder der Stimmton selber. Der energetisch stärkste Ton stellt jedoch nicht den charakteristischen Ton des Vocals dar. Diese beiden Ergebnisse bestätigen sich auch bei Versuchen in freier Luft. Das Verfahren ist der König'schen Methode verwandt, unterscheidet sich aber durch die Abwesenheit von Membranen an den Messresonatoren.

39. Bremer (Halle a. S.): Ueber die Eigentöne der Vocale.

Die dominirenden und für den Klang entscheidenden Eigentöne des Ansatzrohres lassen sich bei allen stimmlos gesprochenen Lauten mit dem Ohre feststellen und durch Stimmgabeln genauer bestimmen. Redner zeigt das an einzelnen Vocalen. Unsere stimmhaften Vocale sind identisch mit den stimmlosen + Stimmton. Man darf die Laute nicht isolirt untersuchen, sondern nur innerhalb der natürlichen Rede; Redner zeigt, wie erheblich die Fehler andernfalls sein können.

40. Wittmann: Analyse von Klängen, besonders der Vocale, mit Hülfe der russenden Flammen.

41. Bogoroditzki (Kasan): Resonanztöne der Mundhöhle bei den russischen Vocalen auf Grund der Anblase-Methode.

B. führt einige typische Beispiele für Bestimmung der Eigentöne der russischen Vocale in Lautverbindungen und Wörtern an.

42. Fiorentino (Mailand): Ultime esperienze confermanti le nuove idee sulla composizione delle vocali. (Versuche jüngster Zeit, durch die sich die neuen Anschauungen von der Zusammensetzung der Vocale bestätigen.)

Lässt man beim Singen von Vocalen einen Luftstrahl gegen die Zähne des Sprechers strömen, so findet man: Jeder Vocal hat gewisse gleichbleibende Theiltöne, falls sich Tonart und Tongeschlecht (Dur oder Moll) nicht ändern. Die Theiltöne wechseln mit Tonart und -geschlecht, ebenso mit dem Vocal selber. Sie bilden einen consonanten Accord, der dem Tongeschlecht des Gesangs entspricht.

Entsprechende Resultate fanden sich beim alltäglichen Sprechen.

Demonstration am Donders'schen Apparat.

43. Fiorentino (Mailand): La scelta delle voci per lo studio delle vocali. (Die Auswahl der Stimmen für die Untersuchung der Vocale.)

Dieser Vortrag ergänzt den ersten Bericht des Verfassers über seine neueren Versuche. Zu derartigen Arbeiten müssen Versuchspersonen bei der Hand sein, die es verstehen, einen gegebenen Ton längere Zeit rein auszuhalten, doch nicht ausgebildete Sänger, die sich dem Einfluss ihrer Schule nicht entziehen können. Der hohen musikalischen Begabung des italienischen Volkes schreibt Referent eine starke geschichtliche Einwirkung auf den Klangcharakter der italienischen Vocale zu.

44. Lindner: Untersuchungen und Anschauungsmittel zum Articulationsunterrichte Taubstummer.

45. Hahn (Turin): Modificazioni delle curve pneumografiche per l'azione di anestetici locali applicati nella laringe e nel naso. (Modification von pneumographischen Curven durch die Wirkung localer Anästhesie in Kehlkopf und Nase.)

H. hat untersuchen wollen, worauf es beruht, dass viele Sänger die Gewohnheit haben, sich vor dem Singen Cocain in die Nase oder den Hals appliciren zu lassen. Er hat zu diesem Zwecke eine Reihe von Untersuchungen angestellt, indem er pneumographische Curven der Respiration und Phonation vor und nach Appli-



cation von Cocain in Nase und Kehlkopf aufnahm. Er fand, dass nach Anwendung 1—2proc. Lösung, wie die Sänger sie gebrauchen, keine nennenswerthe Modification eintritt. Bei grösseren Dosen, die eine ausgesprochene Hypästhesie und eine starke Gefässverengerung bewirken, hat er stets eine erhebliche Modification der pneumographischen Curven in dem Sinne von Veränderungen in der Frequenz der Athmung und von grösserer und geringerer Tiefe derselben gefunden, während bei den phonatorischen Curven die Tiefe des Inspiriums erheblich vermehrt war. Subjectiv gab die Versuchsperson (Kunstsänger) an, dass nach Cocainisirung der Nase die Athmung leichter, freier, weiter werde, nach Cocainisirung des Kehlkopfs habe der angegebene Ton die Tendenz, trotz aller Gegenbemühungen nach unten abzuweichen. Er demonstrirt Zeichnungen, aus denen man deutlich die Beschleunigung und Vermehrung der Inspiration sieht.

Er schliesst damit, dass kleine Dosen bei Personen mit Nasenverstopfung von Nutzen sein können, dass dagegen höhere Dosen wegen der verschiedenen Störungen, zu denen sie Anlass geben können, contraindicirt sind, besonders weil dabei die Controle über die Stimmbandbewegungen herabgesetzt wird.

Er übergeht die Untersuchungen mit Anästhesin, ferner die bei einer Tracheotomirten, sowie die über den weichen und festen Stimmeinsatz gemachten Untersuchungen.

46. S. Baglioni (Rom): Ein neuer Tonometer.

Indem man an den Mechanismus jedes einzelnen Tones bei einem Harmonium einen Apparat anbringt, der es ermöglicht, stufenweise den schwingenden Theil der Zunge zu verkürzen, lassen sich alle Töne von beliebiger Höhe und Schwingungszahl hervorbringen.

Discussion.

Rüderer (München) fragt, ob dieses Tonometer leicht an jedem Harmonium anzubringen ist.

Baglioni antwortet: Die Vorrichtung ist an eigens gebauten, jedoch sonst einfachem Harmonium angebracht.

47. Kiesow (Turin): Alcuni rapporti fra i movimenti della laringe ed il respiro nella parola.

48. Scerba (St. Peterburg): Stimmgabelsammlung des phonetischen Laboratoriums der Universität St. Petersburg.

49. v. Maljutin (Moskau): Stimmgabelharmonium.

50. Pullé (Bologna): Communicaziono sui Gabinetti di glottologia sperimentale fondati per la prima volta in Italia a Pisa (1889) e a Bologna (1899).

51. Balassa (Budapest): Sprachfehler und Sprachgeschichte.

B. weist darauf hin, dass die lautlichen Veränderungen in der Geschichte der einzelnen Sprache oft dieselben Erscheinungen sind, wie die Sprachfehler der einzelnen Individuen und führt zum Beweise viele Beispiele aus verschiedenen Sprachfamilien vor.



52. P. Barnils (Barcelona): Ueber den heutigen Stand der phonetischen Wissenschaft in Spanien.

53. P. S. Rivetta (Neapel): Di una riforma della grafia italiana su una base fonetica scientifico-pratica. (Ueber eine Reform der italienischen Orthographie auf wissenschaftlich-praktischer Grundlage.)

54. P. S. Rivetta (Neapel): Dell' applicazione della fonetica sperimentale allo studio e all' insegnamento delle lingue. (Ueber den Werth der Phonetik im Sprachstudium und Sprachunterricht.)

55. Hestermann (Wien): Lautreihen in der beschreibenden und experimentellen Phonetik.

56. Waiblinger (Hamburg): Tonfall deutscher Mundarten.

57. Ferreri und Bilancioni (Rom): Necessità di un indirizzo fisiologico e filologico fondamentale nelle ricerche fonetiche. (Nothwendigkeit eines physiologisch-philologischen, für die phonetischen Untersuchungen grundlegenden Arbeitsplanes.)

58. Ponzo und Hahn (Turin): Ricerche preliminari intorno all' influenza di ritmi soggestivi sulla emissione ritmica di fonemi.

59. Bilancioni (Rom): Lo studio dei palatogrammi nelle stenosi delle prime vie aeree. (Das Studium der Palatogramme bei den Verengerungen der Nase und des Schlundes.)

60. Rüderer (München): Neues zur Psychologie der acustischen Sprachwahrnehmung.

61. Wildhagen: Untersuchung der Intensitätsverhältnisse der Sprache mit Hülfe der Russflammen.

62. Scerba (St. Petersburg): Nouvelle méthode d'inscription de l'accent dynamique.

Entsprechend der festgesetzten Geschäftsordnung findet der nächste internationale Congress für experimentelle Phonetik in 3 Jahren statt, und zwar wurde als Ort Mailand gewählt, als Vorsitzender Gradenigo (Turin).

Während des Congresses fand die constituirende Versammlung der „Deutschen Gesellschaft für experimentelle Phonetik", einer Anregung der italienischen Schwestergesellschaft folgend, statt. Das vorläufige Comité besteht aus den Herren Vieter, Morf, Meinhof, Gutzmann, Calzia, Sommer und Zumsteeg. 41 Mitglieder sind bereits angemeldet. H. Zumsteeg.

---

c) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 7. März 1913.

Vorsitzender: Herbert Tilley.

Tilley demonstrirt den Kehlkopf eines Mannes, welcher 18 Jahre lang eine Canüle trug. Die Tracheotomie war vor 18 Jahren wegen einer doppelseitigen

Posticuslähmung nothwendig geworden. Patient starb an einer intercurrenten Erkrankung und die Natur der ursprünglichen Kehlkopfaffection wurde niemals aufgeklärt. Das Präparat zeigt mangelhafte Entwickelung des Ringknorpels und des linken Aryknorpels, welcher nur halb so gross war, wie in der Norm.

Biggs: Sarkom der Mandeln und des Pharynx bei einem Kinde.

Howarth demonstrirt: 1. den Killian'schen Apparat zur Schwebelaryngoskopie.

2. Stück einer zerbrochenen Tracheotomiecanüle, das aus dem rechten Bronchus entfernt wurde.

Pat. suchte das Hospital auf, weil er eine neue Canüle haben wollte; dabei bemerkte man, dass die alte Canüle nicht intact war, und eine Röntgenaufnahme zeigte das demonstrirte Stück im rechten Bronchus, von wo es unter Cocainanästhesie extrahirt wurde.

Mc Kenzie: 1. 56jähr. Mann, bei dem vor 7 Wochen die Laryngektomie wegen Carcinom gemacht war.

2. Cystische Dilatation des Thränensacks; v. Eicken'sche Operation.

Patientin — eine 32jähr. Frau — hatte Jahre lang an Ethmoiditis gelitten.

Barwell: 12jähr. Knabe mit vereiterter Mucocele der Stirnhöhle.

Rore: Congenitale Geschwulst der Nasenscheidewand.

Der Tumor war ein Gliom.

Faulder: Durch Operation entfernter Septumknorpel mit kreisförmigem Defect.

Die Schleimhaut war auf beiden Seiten intact.

Hill und Graham demonstriren Präparate und Fälle von Hypophysistumoren.

1. Das erste Präparat ist ein Gehirn mit grossem Hypophysistumor, stammend von einer 32jähr. Frau mit Akromegalie. Pat. starb an Blutung nach einer Operation. Es war durch submucöse Resection der Scheidewand ein Tunnel hergestellt worden und der Boden der Sella wurde mittels eines Bohrers angebohrt. Die Blutung war sehr stark und hielt 8 Stunden lang an, bis Exitus erfolgte. Der Bohrer hatte einen grossen Sinus getroffen, der beiderseits mit dem Sinus cavernosus communicirte.

2. 43jähr. Frau mit Hypophysistumor, auf nasalem Wege operirt.

3. Präparat eines Gehirntumors, der die Fossa pituitaria einnimmt. Pat. starb plötzlich 30 Stunden nach der Operation.

O'Malley: 54jährige Frau mit solidem Knochentumor der linken Oberkieferhöhle.

Sitzung vom 4. April 1913.

Vorsitzender: Herbert Tilley.

Tilley: 1. Stählerne Tuchnadel aus dem rechten Bronchus nach 10tägigem Verweilen entfernt.

42jähr. Frau aspirirte die Nadel, darauf ein 15 Minuten anhaltender Husten-

anfall, 2 Tage darauf Schmerzen in der Brust, am 6. Tage ein neuer Hustenanfall, seitdem aber keiner mehr. Auf dem Röntgenschirm sah man die Nadel im rechten Bronchus mit der Spitze nach oben in Höhe der 8. Rippe. Unter Chloroformnarkose wurde mittels oberer Bronchoskopie der Fremdkörper extrahirt.

2. Ein Instrument zur leichteren Untersuchung eingebetteter Tonsillen.

Das Instrument ist so gestaltet, wie ein gewöhnlicher Fränkel'scher Mundspatel, nur dass an Stelle des distalen Endes eine kleine, concave, rechtwinkelig zum Griff gestellte Platte ist. (Angefertigt bei Mayer & Meltzer.)

G. N. Biggs: Epithelausguss des Oesophagus nach Vergiftung mit Chloroform.

Pat. trank Chloroform. 2 Tage später Schmerzen und Schluckbeschwerden. Am 3. Tage erbrach sie den Ausguss. Keine Blutung. Innerlich alle 4 Stunden Bism. carb. in Lanolin und Parolein. Nach 6 Wochen wurde Pat. oesophagoskopirt und die Schleimhaut zeigte sich völlig geheilt.

E. A. Peters: Cyste der aryepiglottischen Falte, spontanes Bersten derselben.

Eine rothe Anschwellung nahm die aryepiglottische Falte ein; der Aryknorpel war in die Phonationsstellung gedrängt. Heiserkeit. 7 Wochen nach dem Beginn der Symptome schien die Cyste mehr prominent und blasser. Nach acht Wochen kehrte die Stimme plötzlich zurück und man sah, dass die Cyste collabirt war.

James Donelan: 1. Cyste der Epiglottis mit Symptomen, die an Oesophagusstrictur denken lassen.

59jähr. Mann. Schwierigkeit beim Schlucken, zuerst nur von festen Speisen, später auch von Flüssigkeiten. Die Schwierigkeit besteht in plötzlichem Verschluss der Kehle mit Rejection der Nahrung. Röntgenuntersuchung: Kein Tumor. Bismuthmahlzeit geht ohne Schwierigkeit in den Magen. Diagnose: Spasmus des Oesophagus. In wie weit die Cyste der Epiglottis als auslösende Ursache wirkte, ist nicht klar.

2. Postdiphtherische Adhäsionen des weichen Gaumens. 17jähr. Mädchen.

D. hält gegenüber der Anschauung anderer Mitglieder der Gesellschaft, dass es sich hier um Folgezustände nach Scharlach oder Syphilis handelt, daran fest, dass die Adhäsionen auf Diphtherie zurückzuführen seien, wie man solche früher, vor Einführung der Serumtherapie, öfter beobachtet habe.

3. Fall von beiderseitiger Lähmung der N. laryngei superiores bei einem Patienten mit multipler Sklerose in Folge Bleivergiftung.

20jähr. Mann mit Lähmung beider M. cricothyreoidei. Abduction und Adduction waren unbeeinträchtigt, die Stimmlippen hingen schlaff herab, die Glottis bildete eine wellenförmige Linie. Es bestand Anästhesie des Kehlkopfs; die Sprache war schleppend und undeutlich.



E. D. Davis: Killian's Apparat für Schwebelaryngoskopie bei Kehlkopftuberculose.

Es gelang D. in einem Fall von Tuberculose der Epiglottis, wo er mit der Abtragung der erkrankten Partie auf dem gewöhnlichen Wege nicht zu Stande kam, dies mittelst der Schwebelaryngoskopie auszuführen.

Sitzung vom 2. Mai 1913.

Vorsitzender: Tilley.

Discussion über: „Die Aetiologie der einseitigen Recurrenslähmung."

Es werden zuerst Fälle vorgestellt, darunter von

William Hill: 1. Fast völlige Lähmung des linken Recurrens aus unbekannter Ursache.

2. Recurrenslähmung bei Aortenaneurysma.

Keinerlei Symptome bei Untersuchung des Thorax; erst die Röntgenaufnahme ermöglichte die Diagnose.

E. D. Davis: 1. Linksseitige Recurrenslähmung, wahrscheinlich in Folge Dilatation des linken Herzohrs.

2. Linksseitige Recurrenslähmung nach acuter Endocarditis und Pericarditis.

de Havilland Hall giebt eine Uebersicht über die von 1893—1907 in der Gesellschaft vorgestellten Fälle, im Ganzen 52, ferner bespricht er 64 Fälle von einseitiger Kehlkopflähmung, die er selbst zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die häufigste Ursache der linksseitigen Recurrenslähmung ist das Aortenaneurysma (28mal unter 82 Fällen); beim Aortenaneurysma ist fast ausschliesslich der linke Recurrens gelähmt (unter 31 Fällen 28mal der linke und nur 3mal der rechte).

Wenn die Lähmung auf andere Ursachen, als auf Aneurysma zurückzuführen ist, so ist der linke Recurrens 4mal so häufig betroffen, als der rechte.

Lähmung des rechten Recurrens in Verbindung mit Schluckbeschwerden ist fast stets auf maligne Affectionen des Oesophagus zurückzuführen; auch für den linken Recurrens ist diese Combination am häufigsten in derselben Ursache zu finden.

Bei Lähmungen aus centraler Ursache oder in Folge von Toxinwirkung sind beide Nerven fast in gleicher Häufigkeit betheiligt. Das Alter bildet für die Diagnose der Aetiologie der Lähmung einen wichtigen Factor: Bei Kindern würde man naturgemäss an Diphtherie, tuberculöse Drüsen, Halswirbeltuberculose und Meningitis denken. Bei jungen Leuten kommt Lungentuberculose, pleuritische Verdickung an der Lungenspitze, Mitralaffectionen mit Dilatation des linken Herohrs in Betracht. Unter 25 Jahren ist Aneurysma äusserst selten. Im mittleren Lebensalter — 25 bis 55 Jahre — ist Aneurysma die bei Weitem häufigste Ursache. Nach 60 Jahren muss man an maligne Erkrankung als wahrscheinlichste Aetiologie denken.

Aortenaneurysma ist verhältnismässig selten bei Frauen, bei ihnen muss man eher an Tumoren oder an Dilatation des linken Herzohrs denken.

Sir David Ferrier führt Beispiele dafür an, dass bei peripheren Neuritiden (Blei, Alkohol, Beri-Beri) die Extensoren zuerst und oft allein betroffen sind, ebenso bei Druck auf den peripheren Nerven. Der Posticus fügt sich nur dem allgemein für die Extensoren geltenden Gesetz unter. F. neigt der Ansicht zu, dass in der Mehrzahl der Fälle von Tabes die Kehlkopflähmung auf periphere Ursachen zu beziehen ist, während es zweifelhaft scheint, ob in irgend einem Fall von reiner tabischer Kehlkopflähmung des gewöhnlichen Typus eine auf den Nucleus ambiguus beschränkte primäre Degeneration beschrieben worden ist. Es seien nur 2 Fälle von Tabes mit primärer centraler Läsion berichtet worden, und in einem von diesen (v. Reusz) bestand auch Lähmung des Pharynx, des Gaumens und theilweise der Zunge.

W. Permewan glaubt nicht, dass die linksseitigen Lähmungen bei Mitralstenose zurückzuführen seien auf Dilatation des Herzohrs; er hält es vielmehr für die naheliegendere Erklärung, dass, wenn das Herz durch Hypertrophie des rechten Ventrikels an Gewicht zunimmt, es dann am Aortenbogen einen Zug ausübt.

P. hat 40 Fälle von Kehlkopflähmung bei Syringomyelie beobachtet, es wird der Posticus zuerst betroffen. Häufig ist die Lähmung nicht streng auf eine Seite beschränkt, sondern es ist auf der einen Seite der Nerv complet gelähmt, während auf der anderen der Posticus oder Internus allein betroffen ist.

Sir Felix Semon wendet sich gegen die Auffassung Ferrier's, dass die Abductorlähmung als Theilerscheinung einer Recurrensläsion ohne Weiteres in Analogie zu setzen sei mit dem Verhalten der Extensoren bei Lähmungen von gemischt-motorischen Nerven der Extremitäten. Die Einwände, die er macht, sind folgende: 1. Während die antagonistischen Extremitätenmuskeln physiologisch gleichartige Functionen haben, dienen die Antagonisten des Kehlkopfs zwei verschiedenen Functionen (Phonation und Respiration), die in der Hirnrinde und in der Medulla verschieden repräsentirt sind. 2. Nach Trennung der Adductorfasern beider Recurrentes konnte keine Hemmung der Adductoren erzielt werden, wenn man die Hirnrinde mit starken Inductionsströmen reizte, wie es bei den genuinen Antagonisten an anderen Körpertheilen der Fall ist. 3. Die Kehlkopfantagonisten unterscheiden sich vor Allem von anderen antagonistischen Muskeln in dem Sinne, dass organische progressive Erkrankungen stets die Abductoren zuerst oder allein betreffen, während bei functionellen Affectionen die Adductoren in ähnlicher Weise ausschliesslich befallen werden.

Er widerspricht ferner der Ansicht Ferrier's von dem peripheren Ursprung der Kehlkopflähmung bei Tabes; er betrachtet die Frage noch als offen; sie wird ihre Lösung erst dann finden können, wenn eine grössere Zahl verlässlicher Autopsien vorliegt.

Was die als Einwand gegen das Semon'sche Gesetz vorgebrachten Fälle beginnender Adductorlähmung bei anscheinender Bulbärparalyse anbetrifft, so handelt es sich in diesen Fällen thatsächlich um Pseudobulbärparalysen, bei denen der Krankheitsherd oberhalb des Nucleus seinen Sitz hat, d. h. auf dem Wege von

der Rinde durch die Corona radiata und der inneren Kapsel zur Medulla, während die dem Gesetz unterworfenen Fälle alles solche sind, bei denen der Kehlkopfnerv vom Vaguskern nach abwärts befallen ist.

Dundas Grant erinnert an zwei von ihm beschriebene Fälle von linksseitiger Recurrenslähmung in Folge Alkoholneuritis.

Guthrie erinnert daran, dass fast alle Fälle, die zur Heilung kommen, solche von neuritischer Ursache sind. Er berichtet über 4 Fälle, in denen Heilung nach 3—8 Monaten eintrat. H. J. Davis.

III. Briefkasten.

86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hannover, 20. bis 26. September 1914.

Einführender der Abtheilung 26 für Hals- und Nasenheilkunde ist Dr. Salomon Hirsch, Bödekerstr. 17.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, Juli. 1914. No. 7.

I. Die Stellung der Laryngologie auf den Internationalen Medicinischen Congressen.

Der Verein deutscher Laryngologen hat auf seiner diesmaligen Tagung, die unmittelbar vor Pfingsten in Kiel stattfand, einen Beschluss gefasst, der, wenn er in die That umgesetzt werden sollte, für die Stellung der Laryngologie in der Gesammtmedicin von einschneidendster Bedeutung sein würde. Die Société Belge d'Oto-Laryngologie hatte mitgetheilt, dass sie bei dem Permanenten Comité für die Internationalen medicinischen Congresse den Antrag stellen würde, dass bei dem nächsten 1917 in München stattfindenden Congress die otologische und laryngologische Section zu einer Section verschmolzen werden sollen. Die Deutsche Otologische Gesellschaft, die vor den Laryngologen gleichfalls in Kiel tagte, beschloss, sich diesem Schritte der Belgischen Gesellschaft anzuschliessen und auch im Verein Deutscher Laryngologen fand sich eine Majorität, die einem Antrag, in gleichem Sinne bei dem Permanenten Comité vorstellig zu werden, zustimmte.

Der Verein Deutscher Laryngologen, der nach § 1 seiner Statuten die „wissenschaftlichen und socialen Interessen der Laryngologen" vertritt, ist hervorgegangen aus einer Verschmelzung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft und des Vereins Süddeutscher Laryngologen, der vor gerade 20 Jahren am Pfingstmontag 1894 in Heidelberg gegründet wurde. In der die erste Tagung einleitenden Rede wurde von dem damaligen Vorsitzenden auf die „der laryngologischen Wissenschaft mit Recht zukommende Selbstständigkeit und die ihr entsprechende Stellung" hingewiesen. Im Jahre 1899 stimmte die Versammlung im Anschluss an einen Vortrag Semon's einstimmig für „Weiteres Bestehen zweier getrennter, voller und unab-



hängiger Sectionen der Otologie und Laryngologie bei internationalen und anderen medicinischen Congressen", und im Jahre 1905 erneuerte sie diesen Beschluss unter ausdrücklichem Hinweis auf den bereits früher in dieser Frage festgelegten Standpunkt. Im Jahre 1907 wurde eine Resolution des Inhalts, dass „die Laryngologie im Unterricht, auf wissenschaftlichen Congressen und in der Literatur als besondere Disciplin behandelt werden solle", mit allen gegen zwei Stimmen angenommen. Im Jahre 1910 wurde über einen Antrag Barth's, den Verein Deutscher Laryngologen mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu verschmelzen, zur Tagesordnung übergegangen und im Jahre 1911 richtete der Vorstand des Vereins eine vom Vorsitzenden und Schriftführer unterzeichnete Denkschrift an das preussische Kultusministerium, um „die Gefahr zu vermeiden, dass in Berlin die Rhino-Laryngologie mit der Otologie vereinigt werde". In der Geschäftssitzung desselben Jahres theilte der damalige Vorsitzende mit, dass der Vorstand des Vereins sich gegenüber dem Bureau des Internationalen Medicinischen Congresses zu London 1913 „selbstverständlich" im Sinne einer Trennung beider Sectionen geäussert habe.

Man sieht aus dieser kurzen historischen Rückschau, dass bis vor drei Jahren der Verein Deutscher Laryngologen keine Gelegenheit hat vorübergehen lassen, ohne sich mit aller Energie für das Erhaltenbleiben der Trennung von Laryngologie und Otologie bei wissenschaftlichen Zusammenkünften auszusprechen. Was ist seitdem geschehen, dass der Verein sich jetzt zu einem Standpunkt bekennt, der seinem bisherigen diametral entgegengesetzt ist? Hat sich im Laufe der Zeit herausgestellt, dass Laryngologie und Otologie wissenschaftlich untrennbar zusammengehören, dass die Laryngologie nicht mehr verdient, als ein selbstständiges Specialgebiet anerkannt zu werden? Ist dieselbe in ihren Leistungen so zurückgegangen, in ihrer wissenschaftlichen Production so unergiebig geworden, dass man nur durch die Angliederung an ein anderes Fach hoffen darf, ihr neues Leben einzuflössen? Herrscht nicht vielmehr auf allen Gebieten unserer Disciplin eifrigstes Streben und regste, erfolgreiche Arbeit? Haben nicht gerade die letzten beiden Decennien uns wichtige wissenschaftliche Fortschritte und Erkenntnisse, werthvolle Bereicherungen und Erweiterungen unseres praktischen Arbeitsgebietes gebracht? — Unmöglich kann also die Erkenntniss, dass die Laryngologie in ihrer Entwickelung auf einen todten Punkt gelangt sei, den Verein Deutscher Laryngologen zu einem Entschluss geführt haben, der, wie wir gezeigt haben, zu seinem traditionellen Standpunkte in dieser Frage in einem schneidenden Widerspruch steht. Ganz von selbst drängt sich vielmehr die Annahme auf, dass es rein äusserliche Gründe gewesen sein müssen, die für diesen Beschluss maassgebend waren. In der That hat auch keiner der Redner, die in der Discussion für die Forderung

eintraten, Laryngologie und Otologie künftig auf den Congressen zu einer Section zu verschmelzen, für diese Forderung andere, als rein äusserliche, durch Erwägungen der Zweckmässigkeit dictirte Gründe ins Feld führen können. Es waren genau dieselben Gründe, gegen die sich die Anhänger der Fusion noch vor wenigen Jahren mit höchster Entrüstung verwahrten und denen diesmal ein Discussionsredner den unzweideutigsten Ausdruck verlieh mit den Worten: „Von der Laryngologie allein kann der Praktiker nicht leben. Er kann die Otologie deshalb nicht entbehren und hat infolgedessen ein Interesse daran, sich über beide Fächer zu unterrichten.“

Die einzige Erwägung also, die von den Anhängern der Fusion zu Gunsten ihrer Bestrebungen angeführt werden kann, ist folgende: Die meisten Besucher unserer Section sind aus Gründen äusserer Zweckmässigkeit — sagen wir deutlicher: aus Gründen besserer Erwerbsmöglichkeit — dazu gelangt, Laryngologie und Otologie in der Praxis gleichzeitig zu betreiben; da sie sich in beiden Fächern bethätigen, so haben sie auch das Recht zu verlangen, dass ihnen auf den internationalen Congressen die Möglichkeit gegeben wird, sich über die Fortschritte und Leistungen beider Fächer auf dem Laufenden zu halten.

Dass es dem Belieben jedes einzelnen überlassen bleiben muss, ob er in seiner Praxis sowohl Hals- und Nasenkranke wie auch Ohrenkranke behandeln will, ist selbstverständlich und ist in diesem Blatt wiederholt betont worden. Ich stehe sogar auf dem Standpunkt, dass sich nicht das Geringste dagegen einwenden lässt, wenn jemand aus irgend welchen Opportunitätsgründen auch von einander entfernter liegende Specialfächer in der Praxis vereinigt, vorausgesetzt natürlich, dass er in beiden Fächern gleich gründlich ausgebildet ist und beide vollkommen beherrscht. Dass sich jemand „Specialarzt für Augen-, Nasen-, Hals- und Ohrenkranke“ oder sogar „Specialarzt für die Erkrankungen des Kopfes“ nennt, ist in Amerika nicht allzuselten. Ich finde es auch durchaus plausibel und absolut unanfechtbar, dass es bereits „Specialisten für Hals-, Nasen- und Lungenkranke“ giebt, denn dass der Zusammenhang der oberen Luftwege mit den Lungen ein mindestens so inniger ist, wie mit dem Ohr, wird wohl niemand bestreiten. Wenn aber jemand daraus das Recht herleiten wollte, zu beanspruchen, dass darum die Augenheilkunde bzw. die Lehre von den Lungenkrankheiten auf den Congressen mit der Laryngologie oder Otologie gemeinsam behandelt werden solle, so möchten wir wohl sehen, was die Ophthalmologen und die inneren Mediciner zu einer solchen Forderung sagen würden.

Die principiellen Bedenken, die einer Verschmelzung von Laryngologie und Otologie in der Literatur, im Unterricht und auf Congressen entgegenstehen, sind schon so oft und gerade an dieser Stelle mit all dem Scharf-



sinn, der meinem verehrten Vorgänger in der Herausgeberschaft zu Gebote stand, erörtert worden, dass es sich erübrigt, sie hier nochmals eingehend zu behandeln. Ich möchte hier nur der aus Opportunitätsgründen gewünschten Vereinigung beider Fächer zu einer Section von neuem das wichtigste und meiner Ueberzeugung nach ausschlaggebende, ebenfalls von Erwägungen der Zweckmässigkeit dictirte Bedenken entgegenstellen: Wir wissen alle, dass die Verhandlungen der Laryngologischen Section bisher niemals unter einem Mangel, sondern eher unter einer Ueberfülle an Material zu leiden hatten; wir erinnern uns, dass es bei dem letzten internationalen medicinischen Congress in London nur der überaus geschickten Geschäftsleitung unseres Sectionspräsidenten Sir St. Clair Thomson zu verdanken war, wenn es überhaupt gelang, den ganzen vorliegenden Arbeitsstoff zu bewältigen. Wie stellt man sich nun eigentlich vor, dass es möglich sein wird, dasselbe Material, das bisher von zwei Sectionen knapp bezwungen werden konnte, im Rahmen der Verhandlungen einer Section aufzuarbeiten? Da nicht mehr Zeit als bisher zur Verfügung steht, so werden sich Laryngologen und Otologen entweder dazu entschliessen müssen, ihr Programm auf die Hälfte zu reduciren, oder man wird, um in derselben Zeit wenn irgend möglich das doppelte Arbeitspensum erledigen zu können, zu einer noch hastigeren Durchpeitschung der Themata gezwungen sein, als es bisher schon manchmal der Fall war. Die naturgemässe Folge wird sein, dass die Qualität der Verhandlungen leidet, dass die freie Discussion — unseres Erachtens vielleicht der wichtigste und anregendste Bestandtheil aller Congressverhandlungen — noch mehr als bisher beschnitten werden muss, und dass so allmählich das wissenschaftliche Niveau der Section herabsinkt. Ich glaube, man braucht nicht mit übermässiger Prophetengabe begnadet zu sein, um voraussagen zu können, dass, wenn die Verschmelzung beider Sectionen wirklich zur Thatsache werden sollte, über kurz oder lang sich die Zweckmässigkeit, ja die Nothwendigkeit ergeben wird, sie wieder zu trennen.

Ueberall in der Medicin tritt das Bestreben nach immer weitergehender Specialisirung zu Tage. Die Orthopädie hat sich von der Chirurgie, die Neurologie, die Pädiatrie, die Lehre von den Magen-Darmkrankheiten von der inneren Medicin getrennt. Dermatologie und Urologie, die — ein für uns ganz besonders interessantes und lehrreiches Analogon — auf Congressen, im Unterricht und in der Litteratur häufig mit einander vereinigt waren, und zwar nicht aus Gründen innerer Zusammengehörigkeit, sondern nur weil es vielen Praktikern opportun erscheint, beide Fächer gleichzeitig zu betreiben, sind zu der Erkenntniss gelangt, dass sie als Wissenschaften das Recht auf eine gesonderte Existenz haben, und trennen sich von einander. Es machen sich Anzeichen dafür bemerkbar, dass die Phonetik

dahin strebt, ihre Verbindung mit der Laryngologie zu lösen und sich als selbständiges Spezialfach zu etabliren. Kurz, wohin wir auch blicken, überall begegnet uns der Drang nach immer weitergehender Trennung und Specialisirung. Nur mit der Laryngologie und Otologie verhält es sich anders. Hier sollen — ein in der Geschichte der medicinischen Sonderdisciplinen ohne jedes Beispiel dastehendes Vorkommniss — zwei Fächer, die sich völlig unabhängig von einander entwickelt und ihre Daseinsberechtigung und ihre Lebensfähigkeit durch eine Fülle höchst achtungsgebietender Leistungen bewiesen haben, aneinandergekettet werden und zwar nicht aus einem Gebote innerer Nothwendigkeit, sondern zugestandener Massen einzig und allein aus Gründen äusserer Zweckmässigkeit. Den Otologen, die sich so eifrig für diese Vereinigung einsetzen, möchte ich die Worte eines Mannes ins Gedächtniss rufen, dem sie hoffentlich die Competenz, über Fragen ihres Faches abzuurteilen, nicht bestreiten werden. Es war Schwartze, der auf der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 1901 sagte: „Der Aufgaben und zu lösenden Probleme giebt es eine solche Fülle in der Ohrenheilkunde, dass sie der ungetheilten Kraft und Zeit eines Einzelnen bedarf, um erschöpfend vertreten zu werden. Wem das Gebiet für die praktische Bethätigung als zu klein erscheint, mag es mit der Rhinologie verbinden, die wegen der vielfachen ätiologischen Beziehungen zwischen Ohren- und Nasenkrankheiten für den Otologen unentbehrlich ist. Mit der Laryngologie hat jedoch die Otologie überhaupt keine direkten Beziehungen. Der Umstand, dass es heutzutage für die praktische Thätigkeit des Arztes aus äusseren Gründen vielfach beliebt geworden ist, beide Disciplinen zu cultiviren, kann nicht als genügender Grund angeführt werden, um hier auf diesen rein wissenschaftlichen Versammlungen zwei sich ganz fern liegende Gebiete zusammenzuzwingen."

Der Kieler Beschluss besitzt natürlich in keiner Hinsicht bindende Macht. Er stellt nichts weiter dar, als einen an das Permanente Comité gerichteten Antrag.

Dass unter den in Kiel anwesenden Mitgliedern des Vereins eine grosse Anzahl die in diesem Antrag zum Ausdruck gelangte Ansicht nicht theilten, geht daraus hervor, dass ein von Chiari verfasstes Separatvotum, wonach auch in Zukunft die beiden Fächer getrennt bleiben sollen, sich bald mit zahlreichen Unterschriften bedeckte. Hoffentlich werden alle diejenigen, die auf demselben Standpunkt stehen und der festen Ueberzeugung sind, dass die beabsichtigte Verschmelzung eine unheilvolle Phase in der Entwicklung unserer Wissenschaft darstellen würde, versuchen, dieser ihrer Meinung auf das Nachdrücklichste Geltung zu verschaffen.

Finder.



II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **De Watripont. Enquete über die Uebertragung der Syphilis auf dem Mundwege bei Glasbläsern. (Enquête sur la transmission de la syphilis par voie buccale chez les souffleurs de verre.)** *Bull. de l'assoc. belge de méd. sociale. No. 1 u. 2. 1913.*

Verf. war überrascht über die grosse Zahl von Glasarbeitern, bei denen Schanker der Lippen, der Tonsillen, des Gaumens etc. vorhanden war. Die Uebertragung geschieht durch die „Pfeife“ (das von Mund zu Mund gehende Blasrohr) und die gemeinsam benutzten Trinkgefässe.

Verf. fordert eine entsprechende Veränderung des Gesetzes über die Arbeitsunfälle (1903).

PARMENTIER.

2) **T. Matsui** (Fukuoka). **Erfahrungen über Neosalvarsanbehandlungen bei Syphilis der oberen Luftwege.** *Ijishimbun. No. 881. Juli 1913.*

Bei 15 Syphilitikern mit Erscheinungen in den oberen Luftwegen hat M. intravenöse Injection von Neosalvarsan vorgenommen und dabei Verlauf und Nebenerscheinungen untersucht. M. betrachtet die Fiebersteigerung nach Injection als Reaction der Zerstörung des Erregers und zieht Neosalvarsan dem Salvarsan vor. Er empfiehlt die Injection von grossen Mengen von Anfang an.

KUBO.

3) **Lill. Beiträge zur Kenntniss des Lupus vulgaris der oberen Luftwege.** *Würzburger Abhandlungen. Ba. 13. H. 9. 1913.*

Verf. hat 61 Fälle aus der Würzburger Klinik zusammengestellt und kritisch bearbeitet. Der Localisation nach vertheilen sie sich folgendermaassen:

Nasenschleimhaut	53 =	87,3 pCt.
Nasenrachenraum	38 =	62,4 „
Mund und Mundrachenraum	21 =	34,4 „
Kehlkopf	9 =	14,7 „

Bei 3 Fällen bestand gleichzeitig eine Erkrankung des Thränenschlauches. Auf Grund dieses Materials weist Lill auf die grosse Bedeutung des Schleimhautlupus und den engen Zusammenhang mit dem Lupus der äusseren Haut hin. Er verlangt, dass in jedem Falle von Hautlupus auch die Schleimhäute gründlich untersucht werden müssen.

ALBRECHT (BERLIN).

4) **F. Pick. Zur Lehre vom Sklerom.** *Sitzung der Wissenschaftl. Gesellschaft am 13. Februar 1914.*

Demonstration eines 43jährigen Mannes mit hochgradiger narbiger Verengerung beider Nasenhälften bei völliger Intaktheit der äusseren Haut der Nase. Im Rachen finden sich ebenfalls narbige Veränderungen an den Gaumenbögen und Verwachsungen derselben mit der hinteren Pharynxwand. An Stelle der Uvula, die in diese Narbenzüge aufgegangen ist, sieht man eine Perforation, welche als syphilitische Veränderung gedeutet wurde, so dass der Fall ursprünglich an die dermatologische Klinik gewiesen wurde. Von hier wurde er dann, da Zeichen von

Lues fehlten und die Wassermannreaction negativ war, wegen Verdacht auf Sklerom dem laryngologischen Institut zugetheilt.

Die bakteriologische Untersuchung (Züchtung aus Nase und Rachen) ergab einen Kapselbacillus mit den Charakteren des Sklerombacillus (Docent Lucksch); da aber gleichzeitig bei dem Patienten Rhinitis chronica atrophicans foetida mit ozaenaartiger Verkrustung und Borkenbildung bestand und der sogenannte Ozaenabacillus morphologisch vom Sklerombacillus nicht sicher zu unterscheiden ist, wurde zur Sicherstellung der Diagnose Sklerom die Complementablenkung herangezogen, da sich ja nach von Prof. Bail angestellten Versuchen ergeben hatte, dass die Complementablenkung des Serums Skleromkranker mit Extracten von Sklerombacillen positiv, mit denen der meisten anderen Kapselbacillen aber negativ ist. Auch hier zeigte es sich, dass das Serum des Patienten mit Sklerombacillen deutliche Complementablenkung auch in geringen Dosen gab, mit einem Ozaenabacillus aber nicht.

Neben dem serologischen Nachweis spricht für die Diagnose (abgesehen vom klinischen Bilde und der Herkunft des Patienten aus dem nordöstlichen Winkel Böhmens) auch der Erfolg der eingeschlagenen Therapie (Röntgenbestrahlung), so dass der Patient bei Besserung seiner subjectiven Beschwerden in vier Wochen $1^1/_2$ kg zugenommen hat.

Bemerkenswerth erscheint der Fall ferner dadurch, dass, trotzdem der Beginn des Leidens im Innern der Nase sehr weit (vielleicht 30 Jahre) zurückzureichen scheint, die äussere Haut gar nicht, der Rachen erst seit fünf Jahren vom Sklerom ergriffen ist und die tieferen Luftwege trotz der so lange dauernden Einathmung der Bacillen gar nicht afficirt sind.

STEINER (PRAG).

5) **Erich Fabian. Ueber die Behandlung des Lymphosarkoms.** Aus dem chirurg.-poliklin. Institut der Universität Leipzig (Director: Prof. Dr. Heineke). *Münchener med. Wochenschr. No. 34. 1913.*

Verf. fasst die Ergebnisse seines auf der Dresdener Tagung der freien Vereinigung sächsischer Chirurgen gehaltenen Vortrages in folgenden Sätzen zusammen:

„Die Frage eines operativen Eingriffes beim Lymphosarkom darf nur in Erwägung gezogen werden, wenn sich ein isolirter Sitz der Neubildung nachweisen lässt und wenn Leukämie, Pseudoleukämie, malignes Lymphom, Tuberculose und Lues ausgeschlossen werden können.

In diesen Fällen ist die radicale Exstirpation, so lange sie technisch durchführbar erscheint, zu empfehlen, da eine kleine Zahl von Dauerheilungen isolirter Lymphosarkome der Tonsille, des Rachens, des Dickdarms, der Milz und des Hodens bekannt sind. Die geringsten Heilungschancen bestehen für die von äusseren Lymphdrüsengruppen ausgehenden Lymphosarkome, die leider das Gros der Fälle ausmachen.

Höchst eigenthümlich sind die bei recidivirenden, inoperablen und generalisirten Lymphosarkomen auftretenden Rückbildungsvorgänge, die, soviel wir wissen, nur zu temporären scheinbaren Heilungen führen. Mit Rücksicht auf sie ist die Therapie stets energisch fortzusetzen und die Prognose mit äusserster Vorsicht zu stellen."

HECHT.

6) **Hans Wachter** (Erlangen). **Ein Fall von multiplem Plasmacytom der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Das Leiden hat trotz 20jähriger Dauer auf das Allgemeinbefinden keinen nachtheiligen Einfluss gehabt; die Tumoren der Nase, des Nasenrachens und des Kehlkopfs, die Heiserkeit resp. behinderte Nasenathmung bedingten, recidivirten nach operativer Entfernung. Der sonstige lymphato-hämatopoetische Apparat war von normaler Beschaffenheit. Die Tumoren bestanden theilweise fast nur aus Plasmazellen und zwar aus runden, zum Theil durch gegenseitige Pressung polyedrischen Gebilden von oft auffallender Grösse mit fast immer excentrisch gelegenen Kernen. — Die Schleimhaut war stets normal. Neigung zu Zerfall und zu Metastasenbildung in den benachbarten Lymphdrüsen bestand nie.

W. SOBERNHEIM.

7) **Alagna. Ueber einen Fall von multiplen syphilitischen Narbenstenosen der ersten Luftwege. (Sur un cas de stenoses cicatricielles multiples syphilitiques des voies respiratoires supérieures.)** *Archives internat. de laryng. T. 36. No. 3. 1913.*

Die äussere Nase, die Oberlippe waren zerstört, zwischen Zunge und Rachenwand bestanden Narbenstränge, die Aryknorpel waren fixirt. Verf. hat das narbige Diaphragma des Rachens operativ beseitigt. Leider hat die 41jährige Patientin zu kurze Zeit in Behandlung gestanden, als dass man über das endgültige Resultat etwas aussagen könnte. Der Autor zählt die verschiedenen Methoden auf, die bisher zur Behandlung der narbigen Stenosen empfohlen worden sind. Wir erinnern an den Vorschlag von Guisez, die operative Behandlung und die Radiumtherapie zu verbinden!

LAUTMANN.

8) **Walther Schneider. Blutuntersuchungen bei Keuchhusten.** Aus der I. med. Klinik der Kölner Academie für prakt. Medicin (Director: Geh. Rath Prof. Dr. Hochhaus). *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1914.*

Das Blutbild erfährt bei Keuchhusten eine ganz charakteristische Veränderung, die schon mit dem Auftreten der katarrhalischen Erscheinungen ziemlich schnell einsetzt und äussert sich in einer allgemeinen, bis zur dritten Woche ansteigenden Leukocytose, einer relativen Vermehrung der lymphocytären Elemente und einer geringen Vermehrung der grossen mononucleären und Uebergangsformen. Wenn auch dieser charakteristische Blutbefund zur Unterstützung der Diagnose der Pertussis bei Keuchhustenverdacht Verwendung finden kann, in prognostischer Hinsicht über Dauer und Verlauf bietet er keine Anhaltspunkte.

HECHT.

9) **K. Buthoit. Vorläufige Mittheilung über die Serumbehandlung des Keuchhustens. (Communication préluminaire sur le traitement sérothérapique de la coqueluche.)** *Académie royale de méd. de Belgique. 25. October 1913.*

Die Methode wird als sehr einfach, unschädlich und wirksam geschildert.

PARMENTIER.

10) **F. B. Mallory. Der Keuchhustenbacillus und die von ihm hervorgebrachten Schädigungen. (Bacillus of whooping-cough and lesions it produces.)** *American journal of public health. Juni 1913.*

M. fand bei einem an Keuchhusten gestorbenen Fall zwischen den Cilien der

Trachea unzählige kleine Bacillen, die dem Influenzabacillus sehr ähnelten, aber kein Hämoglobin für ihr Wachsthum benöthigten. Der einzige Nährboden, auf dem sie wachsen, ist ein Kartoffel-Blut-Agargemisch (Bordel). Der Bacillus ist gram-negativ. Seine Wirkung ist ein mechanische; er beeinträchtigt die Wirkung der Cilien und bildet einen fortwährenden Reiz, der zu einem spastischen Husten führt. Schliesslich folgt dem Husten, der nicht im Stande ist, die Mikroorganismen zu beseitigen, ein starkes Einziehen von Luft. M. fand bei der Section von zwei Keuchhustenfällen dieselben Mikroorganismen zwischen den Cilien der Bronchial-epithelien. Sie finden sich immer nur zwischen den Cilien und gelegentlich frei im Secret. Sie produciren eine gewisse Menge Toxin: Es besteht eine leichte entzündliche Reaction, Leukocyten wandern in geringer Menge durch die Tracheal-wand; das Blut der Keuchhustenkranken zeigt einen gewissen Grad von Lymphocytosis und schliesslich entwickelt das Blutserum einen Antikörper, der es ermöglicht, eine Complementbindung zu erzielen.

M. impfte Sputum von einem acuten Keuchhustenfall in die Trachea eines jungen Hundes und einer Ratte. Er fand in beiden Fällen Veränderungen, die vollkommen denen beim Menschen entsprachen. Die beste Methode ist, die Cultur in Bouillon suspendirt dem Thier langsam in die Nase zu träufeln und es auf diese Weise die Bacillen inhaliren zu lassen.

EMIL MAYER.

11) v. Stein. **Ergänzungsbeobachtungen zur Krebs- und Sarkomtherapie mittels Acidum pyrogallicum oxydatum (Pyraloxin). Kalksalze. Chromsäure, Campher. Hexaoxydiphenyl.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 801. 1914.*

St. hat bereits in einer früheren Arbeit (Zeitschr. f. Laryng. Bd. 5. S. 879) über die Behandlung maligner Tumoren mit Pyraloxin berichtet. In der vorliegenden Arbeit theilt er nun einige Verbesserungen in der Behandlung mit und referirt über das Schicksal einiger in der ersten Arbeit besprochener Fälle.

St. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Pyraloxin ist ungiftig, sogar bei monatelangem Gebrauch. 2. Im Anfangsstadium eines Krebsleidens wirkt es heilend, ob radical wird die Zukunft zeigen. 3. Der Metastasenbildung wird vorgebeugt. 4. Hemmt die Krebsentwicklung und localisirt dieselbe besonders in Combination mit Calcium, wobei es zu Blutungen nicht kommt. 5. Die therapeutische Wirkung des Natriumkaliumsilikat ohne Pyraloxin ist kaum merkbar. 6. Ein Fall von Lymphosarkom ist durch die combinirte Kur zum Schwinden gebracht. 7. Der erste Angriffspunkt ist das Lymphsystem. 8. Angesichts der befriedigenden Resultate muss man in allen Krebs- und Sarkomfällen vor der Operation die combinirte Behandlung vorausschicken, um auf die Lymphdrüsen zu wirken und das Operationsfeld abzugrenzen. 9. Die exulcerirten Krebse muss man noch vor bakterieller Infection mit Desinfectionsmitteln schützen. 10. Campherinjectionen in grossen Dosen werden gut vertragen und wirken baktericid. Ob Campher die Krebs- resp. Sarkomzellen tödtet, wird sich bald herausstellen. 11. In allen Fällen wird durch die vorgeschlagene Behandlung der letale Ausgang auf mehr oder weniger lange Zeit aufgeschoben.

OPPIKOFER.

12) **George M. Coates. Wismuthpaste für Nase und Ohr. (Bismuth paste in the ear and nose.)** *New York med. journal. 18. Januar 1913.*

Verf. bedient sich zweier Zusammensetzungen:

I. Für gewöhnliche Anwendung.

Bismuth. subnitr. (arsenfrei!)	33 pCt.
Petrolat.	67 „

II. Für Fälle, wo es schwierig ist, die weichere Zusammensetzung No. I zurückzuhalten.

Bismuth. subnitr.	30 pCt.
Petrolat.	60 „
Paraffin (120° Schmelzpunkt Fahrenh.) . . .	5 „
Weisses Wachs	5 „

Verf. hat die Paste mit Vortheil in zwei Fällen von Stirnhöhlenoperation angewendet. In dem einen Fall hatte eine Radicaloperation zur Obliteration der Höhle geführt, nur aus einer kleinen Tasche über dem inneren Augenwinkel eiterte es weiter. Zwei Injectionen der Paste brachten die Eiterung in ein paar Tagen zum Verschwinden. In einem anderen Fall benutzte er die Paste nach Operation eines grossen Orbitalabscesses mit Exophthalmus in Folge Nekrose der unteren Stirnhöhlenwand. Bei Epistaxis in Folge Erosionen am vorderen Theil des Septums hat Verf. die Blutung dadurch zum Stehen gebracht, dass er die kalte Paste in die Nase einspritzte und dann das Nasenloch mit Watte verstopfte; ebenso hat er sie nach Conchotomie benutzt. Nach submucöser Resection, wo es in Folge von Schleimhautzerreissungen zu anhaltender Krustenbildung kam, hat er es mit grossem Nutzen zur secundären Tamponade benutzt und gesehen, dass danach die Borkenbildung auf ein Minimum reducirt wurde. EMIL MAYER.

13) **Ramadier. Die Warmlufttherapie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (L'aerothermothérapie en oto-rhino-laryngologie.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. T. 17. No. 2. 1914.*

Kurze historische Uebersicht und Beschreibung der Wirkung. Empfohlen wird der Apparat von Mahu, der Heissluft zwischen 40—80° erzeugt. Im allgemeinen verträgt die Schleimhaut schwer eine Temperatur über 50°. Man bleibt einige Secunden in einer Entfernung von 2—3 mm von jeder Stelle der Schleimhaut und dehnt die Sitzung nicht über 2—4 Minuten aus. Bei Rhinitis congestiva, sogar bei Schwellung der hinteren Muschelenden, namentlich bei Kindern giebt die Methode gute Resultate. Desgleichen erzielt man gute Resultate bei den verschiedenen Formen der Rhinitis vasomotoria (Heuschnupfen). Auch beim anderen Schnupfen sowohl zu Anfang (Abortivkuren) als zum Schluss, desgleichen beim Jodschnupfen sind gute Resultate erzielt worden. Im Rachen hat Rendu bei Diphtheritis gute Resultate gesehen. Auch bei der Rhinopharyngitis sind Erfolge erzielt worden, namentlich bei Fällen mit Tubenkatarrh. Für den Kehlkopf hat Broeckaert seinen Ansatz zum Apparat von Mahu empfohlen. LAUTMANN.

14) **Weingärtner** (Berlin). **Röntgenbilder aus dem Gebiete der Luft- und Speisewege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2301. 1913.*

1. Wismuthbrei im Bronchialbaum eines 62jährigen Mannes mit Oesophaguscarcinom; durch Verschlucken dahingelangt. 2. Tracheobronchialbaum in situ.

3. Darstellung der bei der Bronchoskopie nöthigen Verdrängungserscheinungen. 4. Verdunkelung der ganzen linken Lunge und Dislocation des Herzens nach links bei Bronchostenose durch Fremdkörper links; nach der Extraction Aufhellung. 5. Grosses Knochenstück im Oesophagus, konnte erst nach Eingeben von Wismuthbrei zur Darstellung gebracht werden. 6. Starke Verdrängung und Compression des oberen Oesophagusabschnitts durch ein Aneurysma arcus aortae. 7. Stereoskopische Röntgenaufnahmen.

ZARNIKO.

15) **Th. Gluck** (Berlin). **1. Totalexstirpation der Trachea. 2. Aortenaneurysma mit Compression der Trachea. Anlegung einer Lungenfistel. 3. Oesophaguscarcinom mit Ausschaltung des Oesophagus. 4. Präparat von Carcinoma pharyngis et laryngis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2299f. 1913.*

Demonstrationen in der Hufeland'schen Gesellschaft.

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

16) **K. Kassel. Die Geschichte der Nasenheilkunde.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 857—938. 1914.*

Der vorliegende 5. Abschnitt, der gleich wie die früheren mit grosser Sachkenntniss und Sorgfalt behandelt ist, bespricht die Nasenheilkunde des 17. Jahrhunderts und enthält wie die vorhergehenden Abschnitte manches Interessante.

Unter den Anatomen des 17. Jahrhunderts wird neben anderen Nathanael Highmors (1616—1684) erwähnt, der die erste genaue Beschreibung der Kieferhöhle gab. Er schrieb: . . . sie ist so gross, dass die grosse Zehe hineingeht . . . Die Höhle ist meist leer; bisweilen findet man sie mit Schleim angefüllt; denn die Säfte vom Kopfe können hier durch einen Weg aus jener Höhlung im Stirnknochen und vom trichterförmigen Knochen hereinträufeln.

Nikolas Pieterz Tulp (1593—1678), geboren zu Amsterdam, berichtet in seinen Observationes medicinae über die Section einer Keilbeinfractur, über die Extraction von Schleimpolypen mit der Zange. Im Ferneren erzählt er die Krankengeschichte eines Mädchens, das an rasenden Kopfschmerzen litt und nach Extraction von Nasenwürmern geheilt wurde.

Anton Nuck, Anatom und Chirurg in Haag, heilte einen bis zur Oberlippe heraushängenden Nasenpolypen durch öfteres Betupfen mit Kalkwasser.

Ruysch, Professor der Anatomie, Chirurgie und Botanik zu Leyden (1638 bis 1731), sah zweimal Polypen in der Kieferhöhle, einmal bei einer Section und einmal zur Zeit der Operation. Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass bei dem letzteren Falle es sich um Polypenbildung bei malignem Tumor der Oberkieferhöhle handelte.

Dionis aus Paris (gestorben 1718) empfahl in seinem Cours d'opérations de chirurgie den Naseneingang mit einem zirkelähnlichen Instrument zu erweitern, nachdem der Kranke gegen die Sonne gesetzt und der Kopf nach hinten gebeugt wurde; man könne dann in die Nase hereinsehen. Gleich wie eine Reihe anderer Autoren der damaligen Zeit behandelt er eingehend die Therapie der Nasenpolypen (Aetzen mit einer Reihe von verschiedenartigen Mitteln oder Glüheisen, Schlinge, Pincette, Messer); wenn dabei stärkere Blutung auftrete, Einspritzen von adstringirender Flüssigkeit oder Tamponade.

Das erste selbstständige rhinologische Werk stammt von Schneider (1640 bis 1680), Professor an der Akademie von Wittenberg. Er schrieb fünf Bücher de catarrhis, über die Metzger in seiner Literaturgeschichte der Medicin (1792) folgendes Urtheil abgab: „Wer dieses Werk ganz lesen will, muss sich entschliessen, einen Ozean von Gelehrsamkeiten auszutrinken." Schneider bezeichnet als alten Irrthum die Angabe, dass im gesunden Zustande eine Verbindung zwischen Nase und Gehirn bestehe und dass das Gehirn und dessen Häute Schleim absondern. Er stürzte die alte hippokratischgalenische Lehre von den Flüssen, also von der Bildung des Schleims im Gehirn und dem Herabfliessen desselben in Nase und Hals und wies nach, dass der Schleim aus den Schleimhäuten stamme. Schneider kannte auch die Uebertragbarkeit des Schnupfens.

Der dänische Anatom Thomas Bartholinus (1616—1680) schildert eingehend die Anatomie der Nase und kommt auch auf die Bedeutung der Nase zu sprechen. Sie dient unter anderem auch als Schmuck für das Gesicht: „in englischen Chroniken steht geschrieben, dass dort vornehme Jungfrauen zur Zeit des Krieges mit den Dänen sich die Nase abgeschnitten haben, um durch diese Entstellung ihre Unschuld zu schützen".

Der Niederländer Theodor Craanen (1620—1681) bespricht in seinem Tractatus physico-medicus de homine eingehend den Geruch. Wenn auch seine Angaben manches Unrichtige enthalten, so sind sie doch als Einblick in die Anschauungen der damaligen Zeit sehr lesenswerth.

C. Stalpart (1620—1687) giebt die Krankengeschichte eines Patienten wieder, bei dem nach Ausreissen der Nasenhaare eine Entzündung der Nase entstand, die dann auf das Gehirn überging und zum Tode führte. Er erwähnt im Ferneren den Fall einer Fractur des Stirnbeins durch einen Schlag mit dem Schwertgriff: in die Wunde wurden täglich Wicken gelegt, welche nach aussen an Fäden befestigt waren. Trotzdem verschwand einer dieser Wicken in der Wunde, kam dann aber später wieder durch die Nase heraus. St. nimmt an, dass die Wicke durch das Siebbein heraus gewandert sei. An anderer Stelle berichtet St. über das Sistiren von Kopfschmerzen, nachdem durch Gebrauch von Niessmitteln Steinchen aus der Nase entleert waren.

P. Barbette aus Strassburg (1666) empfiehlt zur Behandlung des Nasenblutens Abschnüren der Extremitäten, Aderlass, kalte Einpackungen der Hoden, bei Frauen des „Unterschmerbauchs", im Ferneren Spritzen von kaltem Wasser ins Gesicht.

Grosses Ansehen genoss in der damaligen Zeit Purmann, der Schüler eines Barbiers. Wie viele seiner Zeitgenossen berichtet er eingehend über die Behandlung der Verletzungen der Nase, dann über die Therapie des Nasenblutens, der Nasenpolypen, der Ozaena. Um eine schöne Narbe zu erzielen, müssen die Nähte nach wenigen Tagen entfernt werden. Wenn ein Stück Nase herunterhängt und kalt ist, so kann sie „durch menschlichen Witz nimmermehr wieder angehäfftet und angeheilet werden". P. empfiehlt dann auch das Anbringen künstlicher Nasen. Gegen das Nasenbluten verwendet er die alte Koththerapie, das Abschnüren, die galenischen Medicamente, dann auch Wasserfrösche, die im Juni gefangen und zu Pulver verbrannt werden. P. kommt dann auch eingehend auf die

Franzosenkrankheit zu sprechen; bei Perforation im harten Gaumen soll täglich ein Stückchen Baumwolle oder Schwamm eingelegt oder eine Prothese von Gold, Silber oder Kupfer angefertigt werden.

Zum Schlusse referirt Kassel über zwei viel gebrauchte Volksarzneibücher des 17. Jahrhunderts, die sich hauptsächlich eingehend mit der Behandlung des Nasenblutens beschäftigen; neben vernünftigen Verordnungen sind hier auch eine Reihe von Mitteln aufgezählt, die der Mensch der heutigen Zeit kaum mehr in Versuchung kommt anzuwenden: Auflegen von Eselkoth auf's Haupt des Nasenbluters, Einbringen von Moos, das auf Todtenköpfen gewachsen ist, Zerschneiden eines neuen schwarzen Filzhutes in ganz kleine Stücke und Beifügen von Eselsmist.

OPPIKOFER.

17) **G. O. Frets. Beiträge zur vergleichenden Anatomie und Ontogenie der Nase der Primaten.** *Morphologisches Jahrbuch. Bd. 44, 45 und 46.*

18) **G. O. Frets. Ueber die Entwicklung des Geruchsorgans.** *Morphologisches Jnhrbuch. Bd. 45.*

Vergleichend anatomische resp. entwicklungsgeschichtliche Arbeiten, deren Inhalt sich zum Referat nicht eignet.

FINDER.

19) **Arvid Haggström. Die Beziehungen zwischen Empyem der Nebenhöhlen der Nase und entzündlichen Processen der Orbita mit einem casuistischen Beitrag. (Nagot om förhallandet mellan empyem i näsans bihaler och inflammatoriska processer i orbita med en kasuistiskt bidrag.)** *Hygieia. No. 12. December 1913.*

Sich auf die Darstellunpen verschiedener Verfasser der 4 letzten Jahre — Birch-Hirschfeld, Kuhnt, Berlin, Chiari, Hajek, Uffenorde u. a. — stützend, giebt Verf. eine gute Uebersicht über die Erfahrungen auf diesem Gebiete. Betreffs der Frequenz dieser Complicationen hebt Verf. die Meinung mehrerer Autoren hervor, dass die orbitalen rhinogenen Entzündungen öfter vorkommen als man sich vorstellt; bezeichnend ist hier, dass Birch-Hirschfeld, der unter 684 Fällen von orbitalen Entzündungen 409 (59,8 pCt.) als rhinogene feststellen konnte, der Ansicht ist, dass dieses Procent zu klein ist, da nicht alle Orbitiden rhinologisch untersucht waren.

Nach denselben Quellen schildert Verf. die verschiedenen anatomischen Gruppen dieser Affectionen und giebt uns danach ein Bild des klinischen Verlaufes derselben; die Therapie und Prognose der Krankheit wird auch berührt.

Bei seinem eigenen Falle handelte es sich um eine 22jährige Dame, die einer Pyämie mit metastatischen Abscessen nach einem Orbitalabscess erlag; bei der Section wurde eine eitrige Entzündung der entgegengesetzten Keilbeinhöhle constatirt, die intra vitam nicht diagnosticirt werden konnte.

E. STANCENBERG.

20) **Edmund Wertheim** (Breslau). **Ueber die Beziehungen der Neuritis optica retrobulbaris zu den Nebenhöhlenerkrankungen der Nase.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 3. 1913.*

Verf. giebt zunächst eine sehr ausführliche Uebersicht über die bisherige

Literatur, betrachtet die ätiologischen, therapeutischen und prognostischen Verhältnisse und beschreibt schliesslich einen selbst beobachteten Fall, bei dem latente Keilbeinhöhleneiterung die Sehschärfe auf 5/50 herabgesetzt hatte bei grossem Gesichtsfelddefect. Einige Tage nach Eröffnung der erkrankten Nebenhöhle trat Heilung des Auges ein, die $1^1/_2$ Jahre nach der Operation fortbestand.

W. SOBERNHEIM.

21) **A. Onodi. Ueber die postoperativen Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprungs.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 21. H. 3. 1914.*

Die vom Verf. zusammengestellte Statistik der postoperativen nasalen Erblindung und Sehstörung enthält 13 Fälle. Die meisten Fälle entfallen auf Nebenhöhlenoperationen, 3 Fälle nach submucöser Septumresection, 4 Fälle nach Entfernung von Nasenpolypen und 2 Fälle nach Conchotomie. Verf. giebt für diese Fälle die anatomische Erklärung auf Grund seiner bekannten Untersuchungen und knüpft daran die Mahnung, sich bei allen endonasalen Operationen der grössten Vorsicht zu befleissigen.

FINDER.

22) **A. Onodi. Ueber die contralateralen Sehstörungen nasalen Ursprungs.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 21. H. 4/5. 1914.*

An der Hand von Abbildungen erläutert Verf. wie es möglich ist, dass eine Entzündung von der hintersten Siebbeinzelle wie von der Keilbeinhöhle auf den contralateralen Sehnerven übergehen kann, ebenso eine circulatorische Störung.

Ferner hat Verf. 16 Fälle von bilateralen Sehstörungen bei einseitiger Höhlenerkrankung festgestellt. Auch für dieses Verkommniss giebt er an der Hand von Abbildungen die anatomische Erklärung.

FINDER.

23) **Irene Markbreiter. Weitere Untersuchungen über die bei Nasen- und Nasennebenhöhlenkrankheiten vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen.** *Zeitschrift f. Augenheilk. H. 4/5. 1914.*

Seit ihren ersten Untersuchungen über diesen Gegenstand (cfr. Centralbl. 1912. S. 576) hat Verf. 87 an Nebenhöhlenerkrankungen leidende Patienten untersucht, so dass die Gesammtzahl 164 beträgt. In dieser Arbeit fasst sie 100 Empyemfälle zusammen, indem sie nur die intelligenteren zu genauen Angaben fähigen Personen berücksichtigte und ferner alle Fälle ausschloss, wo noch sonst Veränderungen am Auge vorlagen, die mit der Nase nicht zusammenhängen.

Bei 70 von den 100 Fällen bestanden Gesichtsfeldveränderungen und zwar ausnahmslos bei normalem Augenhintergrund und voller Sehschärfe. Nur in 3 Fällen bestand Neuritis optica. Von den 63 Empyemen der vorderen Nebenhöhlen fanden sich 48 mal Gesichtfeldveränderungen, von den 9 Fällen an Empyem der hinteren Höhlen 7 mal.

Von den 70 Fällen mit Augenentzündungen verschwand das Scotom in 16 Fällen durch endonasale Behandlung resp. Operation. 52 mal war Vergrösserung des blinden Flecks vorhanden; dieses ist also das häufigste oculare Symptom bei Nebenhöhlenempyemen, ohne differential-diagnostische Bedeutung für das Empyem der vorderen und hinteren Höhlen.

FINDER.

24) **Teodoro Fischer-Galati. Neue Beziehungen zwischen Nase und Auge.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 136. 1914.*

In 3 Fällen Besserung des Sehvermögens durch Rachenmandeloperation. Vortrag, gehalten an der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien Sept. 1913. OPPIKOFER.

25) **M. C. Harvis. Ein ungewöhnlicher complicirter Fall von Keilbeinhöhleneiterung mit Amblyopie. (An unusual complicated case of sphenoidal abscess causing amblyopia.)** *The ophtalmic record. Vol. 23. p. 115. 1914.*

59jähriger Mann; langsam zunehmende Sehstörung links. Das rechte Auge war seit der Jugend infolge eines Traumas fast erblindet. Als Ursache der Sehstörung fand sich linksseitiges Keilbein- und Siebbeinempyem. Nach Ausräumung der erkrankten Höhlen stieg die Sehschärfe von 6/22 auf 6/15. EMIL MAYER.

26) **Halle** (Charlottenburg). **Zur intranasalen Operation am Thränensack.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Ausführliche Beschreibung der eigenen Operationsmethode, bei der auf Bildung eines Schleimhautperiostlappens grosser Wert gelegt wird, weil dadurch ein klares Operationsfeld gewonnen wird, ohne dass funktionstüchtige Schleimhaut überflüssigerweise geopfert zu werden braucht. In die aufgemeisselte Knochenwunde schmiegt sich der grosse Schleimhautperiostlappen gut hinein, während Granulationsbildung so gut wie ausgeschlossen wird. Vorzügliche Abbildungen illustriren den Text. W. SOBERNHEIM.

27) **H. Kuhnt** (Bonn). **Notiz zur Technik der Dakryocystorhinostomie von Toti.** *Zeitschr. f. Augenheilk. H. 4/5. 1914.*

Die Modification des Verfassers besteht darin, dass er das der abgetragenen medialen Thränensackwand correspondirende Stück der Nasenschleimhaut nicht ausschneidet, sondern aus ihm einen Lappen bildet, dessen Basis dem Resectionsrande des Stirnfortsatzes in ganzer Ausdehnung anliegt. FINDER.

28) **O. Mayer** (Wien). **Zur endonasalen Thränensackoperation.** *Ophthalmolog. Gesellsch. in Wien. 16. März 1914.*

M. hat die Operation nach West in 12 Fällen mit gutem Erfolg gemacht. Bei bestehender Septumdeviation soll diese erst submucös beseitigt werden; die transseptale Methode von Kofler bietet keine besonderen Vortheile. HANSZEL.

29) **D. N. Paterson. Die intranasale Behandlung von Erkrankungen des Thränenapparats. (The intranasal treatment of lacrymal disease.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. April 1914.*

Nach einer durch Abbildungen erläuterten Uebersicht über die Anatomie giebt Verf. eine Zusammenstellung der von der Nase aus hervorgerufenen Affectionen des Thränenapparates durch Druck auf die Mündung des Thränengangs, durch Fortleitung entzündlicher Nasenaffectionen per continuitatem oder per contiguitatem, Ausbreitung specifischer Processe, Tuberculose und Lupus. Er beschreibt dann kurz die verschiedenen Operationsmethoden und ausführlich die Dacryocysto-

tomie nach West. Verf. selbst ist mit der Operation in seinen Fällen zufrieden gewesen; er hält sie in allen Fällen von Dacryostenose indiciert, in denen überhaupt eine Operation in Frage kommt. A. J. WRIGHT.

30) **Richard H. Johnston. Septumtumoren. (Tumors of the septum.)** *The Laryngoscope. August 1913.*

Verf. berichtet über 4 Fälle: Fibro-Adenom; Papillom; Fibroangiom und Myxosarkom. EMIL MAYER.

31) **Rufus B. Scarlett. Eine kurze pathologische Studie über Papillome mit Beziehung auf ihr Vorkommen in der Nase. (A brief pathological study of papilloma with reference to their existence within the nose.)** *The Laryngoscope. Juli 1913.*

Verf. bespricht besonders ausführlich die Differentialdiagnose zwischen Papillomen und Epitheliomen. EMIL MAYER.

32) **C. J. A. van Iterson** (Leiden). **Ein combinirter Nasen- und Nebenhöhlenpolyp.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 831. 1914.*

Mittheilung eines Falles von Choanalpolyp bei 18 Jahre altem Mädchen. Da die Kieferhöhe bei der elektrischen Durchleuchtung hell war und die Kieferhöhle nicht eröffnet wurde, so scheint es nach Durchlesen der Krankengeschichte nicht sicher, ob der Poly überhaupt in der Kieferhöhle entsprungen ist. OPPIKOFER.

33) **O. Hirsch. Ausspülung cystischer Polypen aus der Kieferhöhle durch Punction.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 123. 1914.*

Bericht über zwei analoge Fälle: Wegen Kieferhöhleneiterung Ausspülung vom unteren Nasengange aus. Dabei spontanes Abreissen eines in der Kieferhöhle inserierenden Polypen, der im Spritzwasser erscheint. In beiden Fällen ergab die Sondirung, dass das Ostium maxillare sehr weit war. OPPIKOFER.

34) **Ino Kubo. Bemerkungen über die aus den Nasennebenhöhlen entspringenden Polypen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 795. 1913.*

Die Antrochoanalpolypen sind meist einseitig, können aber auch doppelseitig vorkommen. Unter 33 Antrochoanalpolypen constatirte K. 23 mal Eiterung in der betreffenden Nebenhöhle. Das Abreissen der Polypen genügt nicht, es soll die Nebenhöhle breit eröffnet werden. Abbildung von drei verschiedenen aus der Kieferhöhle stammenden Choanalpolypen.

Im Uebrigen Kritik der Arbeit von Avellis über den gleichen Gegenstand.

OPPIKOFER.

35) **H. Marschik. Die Pathologie und Diagnostik der malignen Geschwülste der Nase und des Nasenrachenraumes mit Anschluss der Nasenrachenfibrome.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 7. S. 327. 1914.*

Referat, erstattet auf dem internat. med. Congress zu London 1913. Die äusserst klare und eingehende Arbeit ist kurz referiert in dieser Zeitschrift, Jahrgang 29. S. 577. 1913. OPPIKOFER.

36) **Y. Hosoya** (Taiwan). **Ein Fall von Drüsenzellenkrebs der Nase mit Nasenpolypen combinirt.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 19. No. 6. December 1913.*

Bei einem Patienten, der vor 4 Jahren wegen einfacher Nasenpolypen operirt wurde, hat der Autor eine grosse Tumormasse nach Denker aus der Kiefer- und Nasenhöhle der rechten Seite entfernt. Durch mikroskopische Untersuchung der Tumormasse an verschiedenen Stellen fand er einerseits Drüsenzellenkrebs und andererseits gewöhnliches Polypengewebe. H. vermutet, dass die Polypen durch Reiz (Schneuzen oder Kratzen) bösartig verändert seien. KUBO.

37) **Nogier** (Lyon). **Radiumbehandlung eines Nasenepithelioms bei einem achtzigjährigen Greis. Heilung. (Traitement par le radium d'un épilhelioma du nez chez un vieillard de 80 ans. Guérison.)** *Lyon médical. 1. Februar 1914.*

Verf. benutzt den Fall, um daran Bemerkungen über die Heilwirkung des Radiums, besonders im Vergleich zu den Röntgenstrahlen zu knüpfen. Er empfiehlt am meisten eine Combination beider Methoden. GONTIER DE LA ROCHE.

38) **Adam Dighton. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Brit. journ. of surgery. October 1913.*

Verf. berichtet über einen Fall von Rundzellensarkom der linken Nase bei einem 8 Jahre alten Kind, das mittels einer modificirten Rouge'schen Operation entfernt wurde. Die Geschwulst hatte ihren Ursprung im linken Siebbein und hatte zu Exophthalmos, Auftreibung der Wange und Ausdehnung durch den weichen Gaumen geführt. Die Halsdrüsen, die mit entfernt wurden, waren erkrankt. Die Operation wurde erst vor kurzem gemacht, so dass über Recidive nichts ausgesagt werden kann. A. J. WRIGHT.

39) **W. R. Butt. Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen bei jugendlichen Individuen, fälschlich als Adenoide diagnosticirt und operirt. (Two cases of nasopharyngeal polypus in young persons mistaken and operated upon for adenoids.)** *Pennsylvania med. journ. August 1913.*

Der erste Fall betraf einen 16jährigen jungen Mann, der zweite einen 6jährigen Knaben. Bei beiden waren die Beschwerden die gleichen wie bei adenoiden Vegetationen. Nach Operation erfolgte in beiden Fällen Recidiv. In dem einen Fall bestanden nervöse Störungen und choreatische Bewegungen. Verf. erörtert die Differentialdiagnose zwischen Nasenrachenpolypen und Adenoiden. EMIL MAYER.

40) **Broeckaert. Praktische Erwägungen über die Entfernung der Nasenrachenfibrome. (Considérations pratiques au sujet de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens.)** *Le Larynx. No. 9.*

Die Arbeit stellt im wesentlichen eine Kritik einer über denselben Gegenstand erschienenen Abhandlung von J. und L. Duening (Presse Médicale 9. Oct. 1912; Ref. Centralbl. 1913. S. 122) dar, in die Verff. einige persönliche Betrachtungen einflicht. Er theilt nicht die Ansicht von D. betreffs der Möglichkeit eines bacillären Ursprungs mancher Nasenrachenpolypen. Für die Operation bevorzugt Verf. den trans-maxillo-nasalen Weg. PARMENTIER.



41) **J. Szmurlo. Ueber die sog. Nasenrachenpolypen und deren Behandlung. (O tak zwanych polipach nosogardzielowych i o ich leczeniu.)** *Gaz. lek. No. 4—6. 1914.*

Auf Grund von 8 eigenen Beobachtungen und einigen 100 Fällen aus der Literatur bespricht der Verf. die Aetiologie und die Ansatzpunkte dieser Neubildungen, deren Häufigkeit, Alter der Patienten und ferner ausführlich die pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Als die beste Heilmethode betrachtet Verf. die Electrolyse in der Mundhöhle, im Rachen und im Oesophagus, wovon er 52 Fälle innerhalb von 24 Jahren bei der Gesammtzahl von 29 000 Kranken beobachtete.

A. v. SOKOLOWSKI.

42) **De Carli. Eine neue Art von Nasenrachentumor. (Una nuova varietà di tumore naso-faringeo.)** *Atti clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. No. 10.*

Kleinnussgrosser Tumor im Nasenrachen eines 25jährigen Mannes, die linke Nasenhöhle ausgefüllt von einem weisslichen, glatten, harten, nicht blutenden Tumor. Extraction mittels temporärer Rhinotomie. Nach dem mikroskopischen Befund, den er im Detail schildert, erklärt Verf. den Tumor für eine Fibro-Endotheliom des Nasenrachens.

CALAMIDA.

43) **R. Neuenborn** (Crefeld). **Beitrag zur Operation der harten Schädelgrundpolypen (Basisfibrome resp. Fibrosarkome).** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 833. 1914.*

Mittheilung von 11 verschiedenen Nasenrachenfibromen, von denen 9 männlichen und 2 weiblichen Individuen angehörten. Operation nach der Methode von Hopmann.

OPPIKOFER.

44) **A. Schulz** (Danzig). **Zur Behandlung der juvenilen Nasenrachenfibrome.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 845. 1914.*

Empfehlung des endopharyngealen Vorgehens. Mittheilung von 2 Fällen, bei welchen das Nasenrachenfibrom allmählich nach mehreren Sitzungen mit der galvanischen Schlinge entfernt wurde.

OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

45) **O. Heinemann** (Berlin). **Die chronische Entzündung der Speicheldrüsen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1913.*

Verf. gibt eine eingehende Beschreibung des bisher noch nirgends ausführlich behandelten Krankheitsbildes.

Vier eigene Fälle des primären chronischen Katarrhs werden wiedergegeben. In einem leichten Fall wurde durch 2proc. Arg. nitr. Instillation des Duct. Wharton. der Process geheilt; in einem anderen schweren Fall musste die Submaxillardrüse operativ entfernt werden. 15 Fälle von recidivierendem fibrinösem Katarrh und zehn entzündlichen Tumoren wurden zusammengestellt, 13 Fälle secundärer chronischer Eiterung.

Bei den Tumoren — es handelt sich meist um Parotisgeschwülste — wurde stets ein maligner Tumor vermuthet, und somit die Exstirpation vorgenommen. Sonst wäre dieser grosse Eingriff nicht zu rechtfertigen.

W. SOBERNHEIM.

46) **Heineke. Die Geschwülste der Speicheldrüsen.** *Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Berlin 1913.*

Die Arbeit ist vorzugsweise histologisch - pathologischen Inhalts. Die Tumoren werden eingetheilt in a) gutartige Tumoren (Lipom, Angiom, Lymphangiom, Neurom, Fibrom, Myxom, Chondrom), b) Mischgeschwülste und verwandte Geschwülste (Cylindrom, Adenom, Myom) und c) primär maligne Tumoren. Weitaus am häufigsten wird die Parotis befallen. Den breitesten Raum nimmt die Behandlung der Mischgeschwülste ein, deren Histologie und Pathogenese auch heute noch nicht geklärt ist. Sie werden in zahlreichen klinischen und histologischen, z. T. farbigen Bildern, die ausgezeichnet gelungen sind, wiedergegeben. Auch die didaktische Wiedergabe ist sehr klar und übersichtlich und behandelt die interessante Materie in lebendiger Form. — Die Diagnose wird in erster Linie durch die Probeexcision gestellt. — Die Therapie ist operativ. Gutartige Tumoren lassen sich leicht ausschälen, bei bösartigen muss die ganze Drüse exstirpirt werden.

ALBRECHT.

47) **Leriche** (Lyon). **Heilung einer Parotisfistel durch Ausreissung des N. auriculo-temporalis. (Guérison d'une fistule parotidienne par arrachement de l'auriculo-temporal.)** *Lyon médical. 22. Februar 1914.*

Verf. ging von dem durch Claude Bernard ausgesprochenen Gedanken aus. Durch langsamen Zug riss er den N. auriculo-temporalis aus und erreichte so in einem Fall von chirurgisch unheilbarer Parotisfistel, dass der Speichelfluss aufhörte.

GONTIER DE LA ROCHE.

48) **Aurelio Fiori-Ratti. Fibro-Endotheliom der Zunge. (Fibro-endotelioma della lingua.)** *Atti clin. oto-rino-laringoiatrica di Roma 1912.*

Nach einem Ueberblick über die an der Zunge vorkommenden Tumoren mit besonderer Berücksichtigung der Endotheliome (bisher circa 10) beschreibt Verf. einen Fall von Fibro - Endotheliom, den er bei einem 23jährigen Mädchen beobachtet hat und der sich darstellt als ein erbsengrosser Tumor. Verf. giebt eine genaue histologische Beschreibung.

CALAMIDA.

49) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zungenpapillom.** *Tokyo-Ijishinshi. No. 1809. Jan. 1913.*

Klinische Vorträge über dieses Thema und Demonstration eines Falles bei einem 16jährigen Mädchen. Der Tumor sass breitbasig im hinteren Theil der mittleren Partie der Zungenoberfläche. Operation geschah mittels kalter Schlinge sehr leicht. Der Autor macht die Bemerkung, dass eine kleine Papillombildung auf der Zunge oft eine spärliche aber hartnäckige Blutung hervorruft, die man mit Hämoptoe verwechseln kann.

KUBO.

50) **Sand. Epitheliom der Zunge. (Epithéliome de la langue.)** *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles. 5. Februar 1914.*

Demonstration eines Präparates von Zungencancroid, bei dem das Auffallende ist, dass eine sich sehr tief erstreckende Degeneration von Muskelfasern vorhanden ist. Diese Muskelfasern sind nicht deformirt, noch kleiner geworden, ihr Protoplasma besteht jedoch nur noch aus kleinen, oft lichtbrechenden Körnchen, so

dass man auf dem Transversalschnitt ein Bild hat analog dem der Tubuli contorti bei Nephritis. Diese Fasern werden von sclerotischen Ringen umgeben.

PARMENTIER.

51) **August Strauch** (Chicago). **Husten, ausgelöst vom persistirenden Ductus lingualis.** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1914.*

Der Ductus lingualis ist ein bei manchen Menschen vorhandener, vom Foramen coecum linguae in der Zungensubstanz nach hinten gegen die Epiglottis ziehender Canal, der eine Länge bis zu 20 oder 34 mm haben kann. Nach kurzer Erwähnung von 3 Fällen von Lewis aus Chikago schildert Autor ausführlich einen durch den persistirenden Ductus lingualis ausgelösten Fall von paroxysmusartigem Reflexhusten, der durch Aetzung des Canales mit Carbolsäure und selbst Salpetersäure nur vorübergehend beseitigt werden konnte, nach galvanokaustischer Schlitzung des Canales aber dauernd verschwand; auch spätere Sondirung der Narbe rief keine Reaction mehr hervor. Autor weist auf die Bedeutung dieser Reizstellen bei sonst negativem Organbefund hin, die bei Uebersehen leicht zur Diagnose „nervöser Husten" führen kann.

HECHT.

52) **Matti. Normalmethode für die Operation der Zungengrundstruma.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 1.*

Nach gründlicher Besprechung der Literatur, speciell der verschiedenen Operationsmethoden beschreibt der Verfasser sein Vorgehen, das sich in einem Fall sehr gut bewährt hat: Durch einen bogenförmigen Kragenschnitt im Niveau des oberen Zungenbeinrandes werden Haut und Platysma getrennt. Es wird dadurch eine präliminäre Ligatur einer oder beider Art. linguales am grossen Zungenbeinhorn ermöglicht. Der Zungenbeinkörper wird in der Mitte durchtrennt und die Raphe des Musc. mylohyoideus, geniohyoideus und genioglossus median gespalten. Nachdem beide Zungenbeinhälften kräftig auseinandergezogen sind, wird der Tumor successive ausgeschält.

ALBRECHT (BERLIN).

53) **Haynes. Sublinguale Struma. (Sublingual thyroid.)** *Cornell University med. bull. Vol. 3. October 1913.*

Bei einem 18jährigen Mädchen wurde eine Geschwulst — anscheinend Cyste des Ductus thyreo-glossus oder Dermoid — vom Mundboden aus operirt. Nach der Operation stellten sich Erscheinungen von Myxödem ein, die den Verdacht erregten, dass die entfernte Geschwulst die erkrankte Schilddrüse war. Heilung durch neuerliche Darreichung von Schilddrüsenextract. Die anatomische Untersuchung bestätigte den Verdacht.

EMIL MAYER.

54) **Hettrich. Ueber Gaumenrachenlähmungen.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1914.*

Der Verfasser hat die Fälle der Würzburger Klinik zusammengestellt. Zunächst wurden 33 postdiphtherische Lähmungen kritisch behandelt, wobei im speciellen auf die Schluckbeschwerden bei Lähmung der Rachenmuskulatur hingewiesen wird. Von anderen toxischen Ursachen wird ein Fall von Lähmungserscheinungen nach Influenza, ein zweiter als Folge von Fleischvergiftung beschrieben. Von den centralen Ursachen werden unter Berücksichtigung der Literatur

Beispiele von Bulbärparalyse und Hirntumoren mitgetheilt. Den Lähmungen wird ein Fall von clonischen Zuckungen gegenübergestellt. ALBRECHT (BERLIN).

55) **H. Nagata** (Fukuoka). **Ein Fall von Gaumenlähmung bei Typhus abdom.** *Kiushu-Okinawa Igakkaishi. Jahrg. 19. 1913.*

Bei einem an Typhus abd. leidenden 17jährigen Mädchen bemerkte der Autor am 28. Krankheitstage offene nasale Sprache und Rückfluss der Flüssigkeit nach der Nase. Durch rhinolaryngologische Untersuchung constatirte man, dass der weiche Gaumen auf der linken Seite gelähmt war. Diese Lähmung ging gegen die Reconvalescenzzeit, d. h. am 38. Tage allmählich zurück. Erst nach 2 Monaten wurde der Patient beschwerdefrei. KUBO.

56) **F. Lejars. Mischgeschwulst des weichen Gaumens. (Sur un cas de tumeur mixte vélo-palatine.)** *Société de chirurgie de Paris. 3. Juni 1913.*

22jähriger Matrose, der in die Klinik mit der Diagnose: rechtsseitiger Mandelabscess aufgenommen war. Auf der rechten Hälfte des Gaumensegels ein grosser Tumor, der den ganzen vorderen Gaumenbogen einnimmt und die Mittellinie überschreitet. Exstirpation. Die mikroskopische Diagnose schwankt zwischen Gefässendotheliom und Peritheliom. GONTIER DE LA ROCHE.

57) **Gerhard H. Cocks. Angina Vincenti. (Vincents Angina.)** *New-York state journ. of med. September 1913.*

Verf. warnt davor, in den schweren Fällen die Prognose zu günstig zu stellen; es giebt Fälle, die jeder bekannten Therapie trotzen und es sind sogar tödtlich verlaufene Fälle bekannt. In einem — freilich leichten — Fall des Verf. trat Heilung auf Salvarsan ein. EMIL MAYER.

58) **J. D. Rolleston. Localbehandlung von Vincent'scher Angina mit Salvarsan. (The local treatment of Vincents Angina with salvarsan.)** *Practitioner. November 1913.*

24jähriger Patient mit grossem nekrotischem Geschwür der rechten Tonsille. Wassermann negativ; im Ausstrich zahlreiche Vincent'sche Bacillen. Nach zweiwöchiger Lokalbehandlung mit Methylenblau und Jod war das Geschwür noch in der Ausbreitung begriffen. Vier tägliche Applicationen von Salvarsan führten zur Heilung. Unter zehn so behandelten Fällen trat neunmal Heilung ein.

A. I. WRIGHT.

59) **Leo Green. Angina Vincenti. (Vincent's Angina.)** *New York med. journ. 6. September 1913.*

„Angina Vincenti kommt vor nach Masern, Scharlach, Keuchhusten und Diphtherie, gewöhnlich bei schlecht ernährten Individuen. Sie ist in den frühen Stadien leicht, in den vorgeschrittenen selten heilbar. In den verflossenen neun Monaten entwickelten sich 7 Fälle zu einer Noma, weil wir nicht im Stande waren, den Beginn der Erkrankung zu entdecken, vier Fälle genasen.“ Dem Verf. hat sich am besten reine Milchsäure bewährt; um zu ausgedehnte Cauterisationen zu vermeiden, bepinselt er die Umgebung mit einem Oel, so dass nur die erkrankte Partie frei bleibt. Die Cauterisation wird alle 2—3 Tage wiederholt, ausserdem

der Mund mit 0,5 proc. Formaldehydlösung ausgespült oder — wenn starker Foetor besteht — abwechselnd mit Ausspülungen von Kal. permangenat.

EMIL MAYER.

60) **B. Metcalfe. Appendicitis nach Tonsillektomie. (Appendicitis following tonsillectomy.)** *Brit. med. journ. 1. November 1913.*

Es werden 2 Fälle berichtet: Ein 13jähriges Mädchen, bei dem eine Appendicitis 8 Tage nach der Tonsillektomie auftrat, und ein 30jähriger Mann, bei dem dasselbe am 5. Tage nach der Operation der Fall war. In beiden Fällen waren früher keine Anfälle von Appendicitis aufgetreten; es bestand auch keine von der Operationswunde ausgehende Lymphadenitis. Verf. meint, es müsse ein Zusammenhang zwischen der Operation und der Appendicitis bestehen. A. I. WRIGHT.

61) **E. Heymann** (Berlin). **Ueber ein retropharyngeales tuberculöses Lymphom.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43. 1913.*

Ausführliche Krankengeschichte eines $3^1/_4$jährigen Kindes, bei dem eine retropharyngeale, von der Tonsille bis zum Larynx rechterseits sich erstreckende, harte Geschwulst zu Dyspnoe und Dysphagie führte und eine operative Entfernung erheischte. Verf. führte die Operation nach Art einer Pharyngotomie von aussen aus und gelangte auf einen in einer derben Kapsel befindlichen Abscess, bei dessen Eröffnung sich ein Theelöffel gelben, dickflüssigen Eiters entleerte. Daraufhin spricht Verf. den Abscess als einen tuberculösen an (eine mikroskopische Untersuchung wird nicht erwähnt) und das ganze Gebilde als ein „tuberculöses Lymphom". Auslöffelung, Exstirpation des Sackes, soweit das ohne Verletzung der Pharynxschleimhaut möglich war, Jodoformgaze. Glatte Heilung.

Klinisch bemerkenswerth: der sog. Horner'sche oculopupilläre Symptomencomplex (Enge der Lidspalte, leichte Ptosis, leichte Miosis, Zurückliegen des Bulbus), den Verf. auf Schädigung des Sympathicus durch die Geschwulst erklärt.

ZARNIKO.

d) Diphtherie und Croup.

62) **G. Jochmann. Zur Prophylaxe der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 24. 1913.*

Da die Reinjection von Serum der gleichen Thierart nach den Experimenten von Ascoli anaphylaktische Erscheinungen auslöst, so lag es nahe, Diphtheriesera herzustellen, die von verschiedenen Thieren gewonnen wurden, um bei der Nothwendigkeit einer Reinjection das Serum einer anderen Thierart wählen zu können. Verf. hat bei 79 Personen ein von den Höchster Farbwerken in den Handel gebrachtes Rinderserum von 500 I.-E. prophylaktisch angewendet, darunter waren 32 Säuglinge im ersten Lebensjahr, 17 Kinder im zweiten Lebensjahr, 23 Kinder über 2 Jahre und 7 Erwachsene. Ausser geringen Erscheinungen (Röthung und Schwellung an der Injectionsstelle, geringe Temperatursteigerungen, 5mal Darmexantheme) waren keinertei unangenehme Nebenerscheinungen zu constatiren; die prophylaktische Wirkung war dieselbe, wie bei dem sonst gebräuchlichen Pferdeserum. Von den 79 Fällen, die alle vorübergehend mit Diphtheriekranken zusammen waren, erkrankte keiner. SEIFERT.

63) **K. Hosomi** (Kobe). **Eine seltsame diphtherische Membran.** *Chugai-Ijishimpo. No. 797. Juni 1913.*

Bei einer 22jährigen an Diphtherie leidenden Frau entfernte H. eine colossal grosse diphtherische Membran bei Tracheotomie, deren Form das treue Bild der Trachea und Bronchialzweige wiedergab. Zweimalige Injection von Diphtherieserum No. 3 hatte vorher keine Wirkung gegen Athembeschwerden. KUBO.

64) **F. W. Strauch. Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebacillen.** *Ther. d. Gegenwart. September 1913.*

Die Versuche erstrecken sich auf 50 Fälle von mittelschwerer Diphtherie, die meist mit Heilserum behandelt waren. Wenn 7—8 Tage nach vollständiger Abstossung der diphtherischen Beläge im Tonsillarabstrich noch Bacillen nachweisbar waren, so wurde zu deren Beseitigung eine systematische Pinselung der Gaumenmandeln mit Jodtinctur vorgenommen. Von den 50 Fällen waren 20 sogleich nach dreimaliger täglich vorgenommener Jodbepinselung bacillenfrei; bei 16 resp. 8 Fällen waren nach 2 resp. 3maliger Wiederholung des dreitägigen Turnus keine Bacillen mehr vorhanden, 2 Fälle wurden erst nach viermal in analoger Weise durchgeführter Jodpinselung bacillenfrei, während sich 4 Fälle refractär verhielten. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. FINDER.

65) **Walter Beyer. Acute fötide diphtherische Bronchitis.** Aus der med. Univ.-Klinik in Rostock (Director: Geh.-Rath Martius). *Münchener med. Wochenschr. No. 1. 1914.*

Mittheilung der Krankengeschichte einer 31jährigen Frau nebst epikritischen Erörterungen. HECHT.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

66) **S. Ozeki** (Osaka). **Ueber den M. cricothyreoideus bei Japanern.** *Tokyo-Igakkwaizasshi. Bd. 27. No. 4. April 1913.*

Die Untersuchung basirte auf 77 Leichen von Japanern, davon 46 männlich und 31 weiblich. Das Alter liegt zwischen dem 16. und 75. Lebensjahre. Man konnte graden und schrägen Theil des Muskels in 29,9 pCt. unterscheiden. Verf. untersuchte die Asymmetrie der beiden Seiten (2,6 pCt.), die Entfernung der Ursprungsstellen der beiderseitigen Muskeln (weit entfernt 37,7 pCt., berührt 3,9 pCt., gemischt 2,6 pCt.), Vorkommen von M. thyreoid. transvers. (1,3 pCt.), M. incisur. med. obl. (2,6 pCt.), M. thyreotrachealis (1,3 pCt.), M. levator gland. thyreoid. etc. und ferner die Verbindung von M. constrictor pharyng. inf. und M. cricothyreoid. (68,8 pCt.). KUBO.

67) **Reich** (Tübingen). **Ueber echte Kehlsackbildung beim Menschen und ihre operative Behandlung.** *Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. H. 3.*

Bei einer 30jährigen Frau zeigte sich als Grund der Heiserkeit eine vom rechten Taschenband mit breiter Basis ausgehende Geschwulst, gleichzeitig wurde an der rechten Halsseite eine Geschwulst constatirt, die sich langsam und ohne Beschwerden zu machen, vergrössert hatte. Auf Grund der Röntgenuntersuchung wurde die Diagnose einer intra-extralaryngealen Laryngocele gestellt. Operation von aussen unter Spaltung der Membrana thyreohyoidea. SEIFERT.

Literatur, betrachtet die ätiologischen, therapeutischen und prognostischen Verhältnisse und beschreibt schliesslich einen selbst beobachteten Fall, bei dem latente Keilbeinhöhleneiterung die Sehschärfe auf 5/50 herabgesetzt hatte bei grossem Gesichtsfelddefect. Einige Tage nach Eröffnung der erkrankten Nebenhöhle trat Heilung des Auges ein, die $1^1/_2$ Jahre nach der Operation fortbestand.

W. SOBERNHEIM.

21) **A. Onodi. Ueber die postoperativen Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprungs.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 21. H. 3. 1914.*

Die vom Verf. zusammengestellte Statistik der postoperativen nasalen Erblindung und Sehstörung enthält 13 Fälle. Die meisten Fälle entfallen auf Nebenhöhlenoperationen, 3 Fälle nach submucöser Septumresection, 4 Fälle nach Entfernung von Nasenpolypen und 2 Fälle nach Conchotomie. Verf. giebt für diese Fälle die anatomische Erklärung auf Grund seiner bekannten Untersuchungen und knüpft daran die Mahnung, sich bei allen endonasalen Operationen der grössten Vorsicht zu befleissigen.

FINDER.

22) **A. Onodi. Ueber die contralateralen Sehstörungen nasalen Ursprungs.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 21. H. 4/5. 1914.*

An der Hand von Abbildungen erläutert Verf. wie es möglich ist, dass eine Entzündung von der hintersten Siebbeinzelle wie von der Keilbeinhöhle auf den contralateralen Sehnerven übergehen kann, ebenso eine circulatorische Störung.

Ferner hat Verf. 16 Fälle von bilateralen Sehstörungen bei einseitiger Höhlenerkrankung festgestellt. Auch für dieses Verkommniss giebt er an der Hand von Abbildungen die anatomische Erklärung.

FINDER.

23) **Irene Markbreiter. Weitere Untersuchungen über die bei Nasen- und Nasennebenhöhlenkrankheiten vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen.** *Zeitschrift f. Augenheilk. H. 4/5. 1914.*

Seit ihren ersten Untersuchungen über diesen Gegenstand (cfr. Centralbl. 1912. S. 576) hat Verf. 87 an Nebenhöhlenerkrankungen leidende Patienten untersucht, so dass die Gesammtzahl 164 beträgt. In dieser Arbeit fasst sie 100 Empyemfälle zusammen, indem sie nur die intelligenteren zu genauen Angaben fähigen Personen berücksichtigte und ferner alle Fälle ausschloss, wo noch sonst Veränderungen am Auge vorlagen, die mit der Nase nicht zusammenhängen.

Bei 70 von den 100 Fällen bestanden Gesichtsfeldveränderungen und zwar ausnahmslos bei normalem Augenhintergrund und voller Sehschärfe. Nur in 3 Fällen bestand Neuritis optica. Von den 63 Empyemen der vorderen Nebenhöhlen fanden sich 48 mal Gesichtfeldveränderungen, von den 9 Fällen an Empyem der hinteren Höhlen 7 mal.

Von den 70 Fällen mit Augenentzündungen verschwand das Scotom in 16 Fällen durch endonasale Behandlung resp. Operation. 52 mal war Vergrösserung des blinden Flecks vorhanden; dieses ist also das häufigste oculare Symptom bei Nebenhöhlenempyemen, ohne differential-diagnostische Bedeutung für das Empyem der vorderen und hinteren Höhlen.

FINDER.

24) **Teodoro Fischer-Galati. Neue Beziehungen zwischen Nase und Auge.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 136. 1914.*

In 3 Fällen Besserung des Sehvermögens durch Rachenmandeloperation. Vortrag, gehalten an der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien Sept. 1913. OPPIKOFER.

25) **M. C. Harris. Ein ungewöhnlicher complicirter Fall von Keilbeinhöhleneiterung mit Amblyopie. (An unusual complicated case of sphenoidal abscess causing amblyopia.)** *The ophtalmic record. Vol. 23. p. 115. 1914.*

59jähriger Mann; langsam zunehmende Sehstörung links. Das rechte Auge war seit der Jugend infolge eines Traumas fast erblindet. Als Ursache der Sehstörung fand sich linksseitiges Keilbein- und Siebbeinempyem. Nach Ausräumung der erkrankten Höhlen stieg die Sehschärfe von 6/22 auf 6/15. EMIL MAYER.

26) **Halle** (Charlottenburg). **Zur intranasalen Operation am Thränensack.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Ausführliche Beschreibung der eigenen Operationsmethode, bei der auf Bildung eines Schleimhautperiostlappens grosser Wert gelegt wird, weil dadurch ein klares Operationsfeld gewonnen wird, ohne dass funktionstüchtige Schleimhaut überflüssigerweise geopfert zu werden braucht. In die aufgemeisselte Knochenwunde schmiegt sich der grosse Schleimhautperiostlappen gut hinein, während Granulationsbildung so gut wie ausgeschlossen wird. Vorzügliche Abbildungen illustriren den Text. W. SOBERNHEIM.

27) **H. Kuhnt** (Bonn). **Notiz zur Technik der Dakryocystorhinostomie von Toti.** *Zeitschr. f. Augenheilk. H. 4/5. 1914.*

Die Modification des Verfassers besteht darin, dass er das der abgetragenen medialen Thränensackwand correspondirende Stück der Nasenschleimhaut nicht ausschneidet, sondern aus ihm einen Lappen bildet, dessen Basis dem Resectionsrande des Stirnfortsatzes in ganzer Ausdehnung anliegt. FINDER.

28) **O. Mayer** (Wien). **Zur endonasalen Thränensackoperation.** *Ophthalmolog. Gesellsch. in Wien. 16. März 1914.*

M. hat die Operation nach West in 12 Fällen mit gutem Erfolg gemacht. Bei bestehender Septumdeviation soll diese erst submucös beseitigt werden; die transseptale Methode von Kofler bietet keine besonderen Vortheile. HANSZEL.

29) **D. N. Paterson. Die intranasale Behandlung von Erkrankungen des Thränenapparats. (The intranasal treatment of lacrymal disease.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. April 1914.*

Nach einer durch Abbildungen erläuterten Uebersicht über die Anatomie giebt Verf. eine Zusammenstellung der von der Nase aus hervorgerufenen Affectionen des Thränenapparates durch Druck auf die Mündung des Thränengangs, durch Fortleitung entzündlicher Nasenaffectionen per continuitatem oder per contiguitatem, Ausbreitung specifischer Processe, Tuberculose und Lupus. Er beschreibt dann kurz die verschiedenen Operationsmethoden und ausführlich die Dacryocysto-

68) **Martuscelli** und **Profidia. Riesentumor des Kehlkopfes. (Tumoro gigante della laringe.)** *Giornale intern. delle scienze med. V. März 1914.*

Es handelt sich um ein Angiom in hyalin-amyloider Degeneration. Nach einer Statistik von Massei fanden sich unter 800 Fällen von Kehlkopftumoren nur 10, die sich durch eine enorme Grösse auszeichneten.

Im vorliegenden Falle wurde der Tumor per vias naturales mit einer Mackenzie'schen Zange entfernt. CALAMIDA.

69) **L. Castellani** und **G. Masciaga. Ueber zwei Riesentumoren des Kehlkopfes. (Su due casi di tumori giganti della laringe.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. 1913.*

Im ersten Falle (44jähriger Mann) war der Tumor taubeneigross, inserirte im vorderen Drittel des linken Stimmbandes; er wurde per vias naturales mittels einer Krause'schen Löffelzange in zwei Portionen entfernt. Histologische Diagnose: Fibroangioma cavernosum mit cystischer Degeneration.

Im zweiten Falle (28jähriger Mann) hatte der Tumor die Grösse einer grossen Haselnuss und entsprang ebenfalls vom linken Stimmband. Entfernung wie im ersten Falle. Histologische Diagnose: Reines Myxom. CALAMIDA.

70) **J. Chorazycki. Verkalkung eines Larynxfibroms. (Zwapnienie włókniaka krtani.)** *Medycyna. No. 6. 1914.*

Ein harter, wenig beweglicher und mit einer breiten Basis an das linke wahre Stimmband angewachsener Tumor wurde mittels einer Glühschlinge mit Erfolg operirt. Die histologische Untersuchung erwies die Structur eines Fibroms, während die chemische Untersuchung der Kreidemassen des Centrums des Tumors kohlensauren Kalk erwies. A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Mermod** (Lausanne). **Blutungen bei endolaryngealen Eingriffen. (Les hémorrhagies dans les interventions endolaryngées.)** *Arch. générales de méd. August 1913. Arch. intern. de laryng. Bd. 35. No. 2 und 3. 1913.*

Diese Blutungen sind meist primär; sie sind auf verschiedene Factoren zurückzuführen: reiche Arterienversorgung gewisser oberflächlicher Partien, dauernde oder vorübergehende Veranlagung (Haemophilie, Arteriosklerose, Menstruation, acute Kehlkopfentzündungen etc.), Natur der Krankheit (zerfallene Carcinome bluten sehr stark, Tuberculose weniger, gutartige Tumoren noch weniger) und schliesslich die Operationsmethode. In dieser Beziehung zieht Verf. dem Morcellement nach Heryng die Galvanocaustik vor, die, wenn man nicht Weissglühhitze anwendet, die besten Garantien giebt. Therapeutische Mittel: Eispillen, Eiscravatte oder Tampons mit heissem Wasser, Adstringentien, wie Antipyrin, Gelatine, Galvanocauter; mechanische Mittel (Compression, Intubation, Gefässcompression namentlich mit der Mermod'schen Zange); allgemein wirkende Mittel (Morphium, Ergotin, Calciumsalze) und schliesslich chirurgische Mittel (Laryngofissur, Tamponkanüle). GONTIER DE LA ROCHE.

72) **E. J. Moure. Larynxsyncope; Blutung in Folge Ruptur des M. threoary-taenoideus oder crico-thyreoideus. (Coup de fouet laryngien; rupture du thyro-aryténoidien ou du crico-thyroidien.)** *La Clinique. 10. October 1913.*

Der Artikel ist dem im Druck befindlichen Werk von Moure, Lermoyez, Lannois, Delsaux „Traité d'Oto-Rhino-Laryngologie“ entnommen. Verf. erörtert Aetiologie, Symptome, Prognose, Pathologie, Diagnose und Behandlung einer meist infolge heftiger Stimmanstrengung im Verlauf einer acuten Laryngitis auftretenden plötzlichen Aphonie, verursacht durch eine Blutung in ein Stimmband. — Die Affection ist stets einseitig. Die Oberfläche des betroffenen Stimmbandes ist intensiv roth, höckrig. In zwei Fällen von Zerreissung des M. crico-thyreoideus war die Palpation des Kehlkopfs im Bereich dieses Muskels schmerzhaft; diese letzteren Fälle werden auch verursacht durch diverse traumatische Einwirkung auf den Muskel (in einem Fall Faustschlag, in einem anderen heftige und brüske Contraction des Larynx bei nach hinten gebeugtem Kopf.

Behandlung: Stimmruhe, Blutegel, warme Inhalationen oder Verabreichung von:

Rp.: Natr. benz.
Antipyrin
Natr. bromat aa 5,0
Tinct. anis. 20,0
Glycerin 30,0
Aq. dest. ad 500,0

FINDER.

73) **S. H. Mygind** (Kopenhagen). **Ueber Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica acuta und mit derselben klinisch verwandte Larynxleiden.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 1. 1913.*

Uebersichtliche Zusammenstellung der Gesammtliteratur. Beschreibung eines eigenen Falles von Arthritis crico-arytaenoidea acuta, zur Diagnostik dieser Affection verlangt Verf. erstens das Vorhandensein anderer extralaryngealer Symptome einer acut rheumatischen Infection; zweitens solcher laryngoskopischer Symptome einer primären serösen Synovitis in der Articulatio crico-arytaenoidea.

Die klinisch verwandten Leiden werden nach Aetiologie folgendermaassen gruppirt:

1. Primäre Arthritis crico-arytaenoidea durch acute infectiöse Krankheiten; 2. durch chronisch infectiöse (toxische) verursachte: 3. verschiedene „rheumatische“ Krankheitsformen an der Articulatio crico-arytaenoidea oder in deren Nähe localisirt.

W. SOBERNHEIM.

74) **Calamida. Rheumatische Arthritis des Crico-arytaenoidgelenks. (Arthrites crico-aryténoidiens rhumatismales.)** *Arch. intern. de laryng. No. 3. Mai-Juni 1912.*

Beide mitgetheilten Fälle, einen 23jährigen Eisenbahner und einen 40jährigen Kellner betreffend, boten folgendes objective Bild: Schwellung des Arygelenkes und Unbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes. Ausserdem bestanden allgemeine Gelenksschmerzen. Die Heilung des Processes erfolgte im ersten Falle prompt, jedoch im zweiten Falle blieb die eingeleitete Salicylbehandlung fast ohne Resultat.

LAUTMANN.



75) **Buss** (Münster). **Localisation eines acuten Gichtanfalles im Larynx.** *Med. Klinik. No. 14. 1913.*

Bei einem 60jährigen Gichtiker traten plötzlich heftige Schluckbeschwerden auf. Epiglottis gerötet und geschwellt, am freien Rande 2—3 gelbgraue Fleckchen. Dass es sich um einen Anfall von Larynxgicht gehandelt hat, wird aus dem in wenigen Tagen eingetretenen Erfolg einer antigichtischen Behandlung geschlossen.

SEIFERT.

76) **R. Imhofer** (Prag). **Metastatische Abscesse der Larynxmusculatur bei Pyämie.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 281. 1913.*

Der 15 Tage alte Säugling starb an einer vom Nabel ausgehenden Infection; bei der Section fanden sich multiple pyämische Abscesse der Leber, der Lunge, des Herzens, des Magendarmtractes, der Nieren, der willkürlichen Musculatur und des Knochenmarkes. In dem makroskopisch normalen Kehlkopf fanden sich nun bei der histologischen Untersuchung mehrere von einander getrennte, durch Staphylokokken verursachte Abscesse in der Musculatur.

Die Beobachtung erbringt auf pathologisch-anatomischem Wege den Nachweis, dass eine Infection des Kehlkopfes auf rein haematogenem Wege entstehen kann.

OPPIKOFER.

77) **M. Behr. Primäre Kehlkopfaktinomykose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 815. 1914.*

49 Jahre alter Fuhrunternehmer. Seit $^1/_2$ Jahr Schwellung der rechten Halsseite und jetzt starke Atemnot, Schlucken und Sprache erschwert, Temperatur bis 40°. — Längs der rechten Halsseite hartes schmerzhaftes Infiltrat, an einer Stelle Fluctuation: im Eiter Actinomyceskörnchen. Oedem des weichen Gaumens und des Zäpfchens, Vorwölbung der rechten Rachenseite. Oedem des Kehlkopfeinganges der rechten Larynxhälfte, auf dem rechten unbeweglichen Stimmband schmutzige Ulcera. Später Fortschreiten der Ulcera auf die seitliche Pharynxwand, Aushusten eines Sequesters aus Zungenbein. Tod an Kachexie. Keine Section.

OPPIKOFER.

78) **S. Samelson. Ueber eine seltene Complication des Kindertyphus.** *Monatsschrift f. Kinderheilk. No. 3. 1913.*

Verf. berichtet über einen Fall von Betheiligung des Larynx bei Typhus betreffend ein circa 3jähriges Kind. Es traten Stenoseerscheinungen auf; wegen Diphtherieverdacht Seruminjectionen, jedoch ohne Erfolg. Exitus. Section ergiebt Ileotyphus; es werden aus der Milz Typhusbacillen gezüchtet.

Larynxbefund: „An Stelle des l. Aryknorpels ein linsengrosser ziemlich tiefer Defect der Schleimhaut und des Knorpels, dessen Ränder unregelmässig zackig sind. Der Grund ist leicht missfarben verfärbt, höckerig und enthält scheusslich stinkende Massen. Die Gegend des r. Aryknorpels ist erweicht, leicht verfärbt. Unterhalb des rechten Stimmbandes zwei benachbarte ziemlich tiefe Schleimhautdefecte, die ebenfalls zackige Ränder und unebenen Grund aufweisen. Ein weiterer Defect findet sich fast unmittelbar oberhalb des oberen Winkels der Tracheotomiewunde."

Verf. hat in der Literatur nur drei Fälle von Larynxtyphus bei Kindern mit genauem Krankheitsverlauf und Sectionsbefund auffinden können (ein Fall von Lewy. Arch. f. Kinderheilk. Bd. X und zwei Fälle von Schuster ebenda Bd. XII.)

FINDER.

79) **Marcinkowski. Posttyphöse Larynxstenose.** *Medycyna. No. 42. 1913.*

Demonstration eines Kranken, der wegen posttyphöser Stenose des Ringknorpels nach Mangoldt operirt wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

80) **G. Bilancioni. Die moderne Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen. (La cura moderna delle stenosi croniche della laringe.)** *Rivista ospedaliera. 15. März 1914.*

Verf. berichtet über 16 Fälle (Papillome, Narbenstenosen, Perichondritis des Ringknorpels, Medianstellung der Stimmbänder etc.) von erschwertem Decanulement, in denen er die Laryngostomie angewandt hat. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Laryngostomie ist von grossem unbestreitbarem Vorteil in allen schweren und mittelschweren Fällen von Stenosen, besonders von Narbenstenosen, während bei functionellen Stenosen und leichten Narbenstenosen gewöhnlich die Dilatation per vias naturales vorzuziehen ist. Die Laryngostomie ist auch bei recividirenden Papillomen und Stenosen angezeigt. Was die in der Mehrzahl der vom Verf. operirten Fälle angewandte Technik anbelangt, so hat er die Naht des Kehlkopfes an den Hauträndern aufgegeben, da dieselbe Nekrose und Infiltration, besonders bei Chondritis der Schildknorpelplatten, verursacht. Ferner wurde ein Segment des Ringknorpels resecirt; denn an dieser Stelle besteht die meiste Gefahr für das Gelingen der Dilatation, indem hier häufig Decubitus mit nachfolgenden Narben entsteht. Es wurden Tampons von Presswatte angewandt; diese lassen sich, weil trocken, dünn und starr, leicht einführen, saugen sich sehr schnell mii Flüssigkeit voll, nehmen dadurch an Volumen zu und üben so einen mässigen gleichmässigen Druck auf alle Teile des Larynx aus. Nachdem die Epidermisirung der Laryngotrachealröhre vollendet ist, lässt man in der Ferreri'schen Klinik — aus der diese Arbeit stammt — noch einige Zeit lang ein für jeden Kranken angefertigtes Caoutchoucrohr tragen, um die Wunde für die Plastik vorzubereiten. Diese wird nach modificirter Gluck'scher Methode mit zwei Hautlappen gemacht. Vollendet wird die Behandlung durch Atemübungen des Patienten.

CALAMIDA.

e II) Stimme und Sprache.

81) **H. Gutzmann. Ueber Gewöhnung und Gewohnheit, Uebung und Fertigkeit, und ihre Beziehung zu Störungen der Stimme und Sprache.** *Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen. Bd. 2. H. 3. 1913.*

Der erste Teil der Arbeit ist der Begriffsbestimmung und Anwendung der Worte, Gewöhnung etc. gewidmet. Gewöhnung ist ein Vorgang, bei dem sich der Mensch mehr passiv äusseren Reizen hingiebt, ihnen langsam unterliegt, um dann von der Gewohnheit beherrscht zu werden, die nicht immer eine schlechte sein muss, z. B. Gewöhnung an Strassenlärm, aber auch zur mit starken Unlustgefühlen

verbundenen Zwangsgewöhnung werden kann. Im Gegensatz dazu beteiligt sich der Mensch aktiv, wenn er übt, um eine Fertigkeit zu erwerben, sei es auf motorischem oder sensorischem Gebiet. Hierbei überwindet er u. A. Unlustgefühle durch Gewöhnung an sie. Es besteht also eine Wechselwirkung der sonst gegensätzlichen Vorgänge der Gewöhnung und Uebung. Der zweite Teil handelt vom Einfluss der beiden Vorgänge auf Entstehen und Vergehen von Stimm- und Sprachstörungen. Unter Anderem erläutert Verf. die Pathogenese der Schreikrämpfe (Zwangsreaktion) und daraus resultierender Stimmstörungen neuropathischer Kinder, von inspiratorischen Lauten der Lallperiode und ihren Folgen, von durch Auto- oder Heteroimitation erworbenen Sprach- und Stammelfehlern aus der Nachahmungsperiode der Sprachentwicklung. Verf. weist auf die Gefahren hin, die aus dem Bewusstwerden fehlerhafter Sprachgewohnheiten (nicht nur beim Stottern) entspringen. Die Nachahmung selbst, die zu Sprachfehlern führt oder aber sie verhindert, kann eine freiwillige oder eine Zwangsnachahmung, aber auch eine von aussen erzwungene (Nachahmungszwang) und also pädagogische richtige oder falsche sein. Zwangsmässiges Nachahmen eigener oder fremder Fehler kann sehr plötzlich Sprachstörungen erzeugen (meist auf neuropathischer Basis). Entwicklungsstottern, das hervorgegangen aus dem Missverhältniss zwischen Sprechenwollen und -Können, zunächst zur iterativen Form, dann erst zum Pressen führt und anfangs willkürlich, daher auch durch Aufmerksamkeit, unterdrückbar ist, wird schliesslich zur dem Willen entzogenen üblen Gewohnheit, die durch Aufmerksamkeit jetzt verstärkt wird. Durch falsche Gewöhnungen entstehen auch habituelle Stimmbandlähmungen, die fälschlich als hysterisch gelten, sowie Entstellungen der Stimme und Sprache und phonasthenische Zustände. Die Arbeit schliesst mit einer Einteilung der Stimm- und Sprachstörungen auf Grund ihrer Pathogenese: Fehlerhafte Stimm- und Sprachgewohnheiten, 1. in Folge Nichtlernens oder Vergessens, 2. in Folge falscher Gewohnheit, Zwangsnachahmung oder absichtlichem Entstellen. Nach solchen Gesichtspunkten sollten auch Mimopathien sowie Melodo- und Phonopathien bearbeitet werden.

NADOLECZNY.

82) **C. Dinner. Aus der Stimmkunde und über den Mechanismus des „Deckens".** *Stimme. VIII. S. 5. October 1913.*

Das Decken beruht nach Verf. auf einer Veränderung der Klangfarbe der Vokale, die durch leichtes Zurückschieben der Zunge und Vorschieben des Unterkiefers entsteht, Bewegungen, die im stärkeren Maasse zum Gähnton führen.

NADOLECZNY.

83) **R. Schilling** (Freiburg i. B.). **Ueber die Deckung des Gesangstones.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 1913.*

Zu den Merkmalen des Kunstgesanges gehört u. A. die Fähigkeit, den Gesangston zu decken. „Man versteht unter Deckung einen Vorgang, durch den dem Ton eine dunklere Färbung gegeben wird, und der dazu dient, ein beim natürlichen Gesang in einer gewissen Tonlage vorhandenes Hinderniss in der Tongebung zu überwinden und auszugleichen."

Verf. hat gefunden, dass der Kehldeckel sich bei der Deckung emporrichtet,

bei offener Tongebung senkt. Das Gaumensegel hebt sich etwas, der ganze Kehlkopf rückt etwas nach vorn und abwärts.

ZARNIKO.

84) **Binon. Fistelstimme. (Voix infantile.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. T. 17. No. 2. 1914.*

Die Ursache ist noch nicht bekannt. Das Leiden ist häufiger bei Knaben, als bei Mädchen, kann schon im Kindesalter auftreten. Bei älteren Personen tritt diese Störung sellten auf. Die Behandlung ist rein orthophonisch und beruht auf Zungengymnastik und Athemübungen. Verf. entwickelt des Näheren die von ihm geübte Methode, die in nur einigen Sitzungen zur Heilung führt. Zwei Krankengeschichten werden mitgetheilt.

LAUTMANN.

85) **Vittorio Grazzi. Ueber den Nutzen von Stimm- und Athemgymnastik zur Verbesserung des Gesanges. (Della utilità delia ginnastica vocale e respiratoria per miglierare il canto e corregerne alcuni difetti.)** *Firenze 1913.*

Verf. empfiehlt Athem- und Stimmübungen zur Vervollkommnung des Gesanges und zur Beseitigung von Singfehlern, insbesondere functioneller Schwäche, Tremolieren, worüber verschiedene falsche Hypothesen angeführt werden, ferner aber auch die richtige Annahme einer ungenügenden Fixation des Kehlkopfes. Die angegebenen Athemübungen wird man nicht alle billigen können. Verf. beschreibt seinen Spirometrographen. Die deutsche Literatur scheint ihm unbekannt zu sein.

NADOLECZNY.

86) **P. Palconcelli-Calzia. Ein Fall von willkürlicher Doppelstimme. (Un caso di diplefonia spentanea.)** *Atti clin. oto-rino-laringoiatrica. Roma 1912.*

Die betreffende Person ist dieselbe, die 1908 von Tövölgyi, 1910 von Flatau und 1912 von Scheier untersucht wurde. Aus den Untersuchungen des Verf.'s geht hervor, dass das Problem der Diplophonie oder Triplophonie acustisch leicht zu lösen ist, aber nicht physiologisch. Photographische und phonographische Aufnahmen und Untersuchung der mathematischen Curven geben Aufschluss darüber, welche Elemente dabei vorherrschen und das Charakteristische bilden, belehren aber nicht über die primäre Ursache, d. h. die zur Erzeugung der Diplophonie nöthigen Bewegungen. Verf. theilt nicht die Ansicht Scheier's, dass der eine Ton an den Stimmbändern, der andere an der Epiglottis erzeugt werde. Alle physiologischen Erklärungen sind noch im Stadium der Hypothese.

CALAMIDA.

f) Schilddrüse.

87) **Klinger** (Zürich). **Epidemiologisches und Experimentelles über den endemischen Kropf.** Autoreferat eines Vortrags in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich. *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 34. 1913.*

88) **E. Bircher** (Aarau). **Zum Kropfproblem. Antwort auf die Arbeiten von Dieterle, Klinger und Hirschfeld in der Münchener med. Wochenschrift etc.** *Schweizer Rundschau f. Med. No. 15. 1914.*

89) **Dieterle, Klinger** und **Hirschfeld** (Zürich). **Zum Kropfproblem. Antwort auf den gleichnamigen Artikel E. Bircher's.** *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 20. 1914.*

Controverse: H. Bircher, Vater von E. Bircher, hatte in den achtziger Jahren eine höchst interessante Arbeit über endemischen Kropf in der Schweiz in Abhängigkeit von geologischen Verhältnissen der Erdrinde erscheinen lassen, seit welcher fast allgemein das Trinkwasser aus Molassegebieten und aus dem Jura stammender Quellen als der eigentliche Träger des ätiologischen Faktors des endemischen Kropfes und des consecutiven Cretinismus galt und noch gilt. Die Art dieses Causalmomentes wird von dieser hydrotellurischen Theorie nur ganz hypothetisch als Toxin chemischen, nicht bakteriellen Ursprungs angenommen.

In den letzten 2 Jahren ist nun die gegentheilige Ansicht laut geworden, das Trinkwasser sei gar nicht oder nur zum geringsten Theil der wesentliche Vermittler des Kropfkeims, sondern die Kropfkrankheit verbreite sich endemisch wahrscheinlich durch ein Contagium zwischen den Menschen unter sich, sowie auch mittelst der Wohnungen und Hausgeräthe, oder auch durch Trinkwasser, das durch Fäkalien kropfbehafteter Menschen verunreinigt sei. Letztere Ursache dürfte natürlich nur als rein accidentelle und nicht als essentielle Erklärung gelten.

Die Gegner der hydrotellurischen Anschauung kommen eben so wenig wie Letztere zu einem positiven Ergebniss bezüglich des Kropferregers, sondern bleiben auch ganz auf dem Boden der Hypothese.

Dieser Streit ist in den obengenannten 3 Schriften sowie in der Münchener med. Wochenschrift No. 33 und im Archiv für Hygiene Bd. 81 zu überblicken. Letzere beiden Artikel stehen unserem Referate nicht zu Gebot. Jedoch dürften in den genannten drei Schriften die wesentlichen Streitpunkte enthalten sein.

Von beiden Seiten werden für ihre Anschauungen sehr überzeugende Thatsachen, Beobachtungen und Experimentalergebnisse (Ratten) angeführt. Die Richtigkeit derselben wird aber gegenseitig fast durchgehends bestritten. Hierauf kann in diesem Referate nicht eingegangen werden. Das Facit ist vielleicht folgendermaassen zu formulieren: Es stehen sich eine alte und positiv anerkannte und eine neue, wesentlich kritisch negative Ansicht über das Kropfproblem gegenüber.

Einerseits ist nicht zu leugnen, dass die alte hydrotellurische Theorie H. und E. Bircher's durch die neuen Thatsachen ihrer Gegner einigermaassen erschüttert wird. Andererseits ist jedoch hervorzuheben, dass die kritische Ansicht ihrer Gegner, da sie eben so wenig zu einem positiv zwingenden Ergebniss gekommen ist, als jene, und hauptsächlich negativen Werth hat, nicht als entscheidend beurteilt werden kann und das Kropfproblem zwar fördert, aber keineswegs wesentlich besser löst, als die hydrotellurische Theorie.

JONQUIÈRE.

90) **Hertoghe. Appendix und Hypothyreoidismus. (Appendix et hypothyroidie.)** *Académie royale de méd. de Belgique. 31. Januar 1914.*

Verf. stellt sich auf den Standpunkt, den Delacourt in seinem 1904 erschienenen Buch: „Le syndrôme adénoidien (ozène, végétations adénoides, appendicite chronique)“ vertrat, der alle diese Erkrankungen als eine Manifesta-

tion einer forme fruste des Myxödems ansah. Der Adenoidismus und die „adénoidie appendiculaire" entwickeln sich mit Vorliebe auf dem Boden des Hypothyreoidismus. Verf. untersucht bei allen Leuten, die Erscheinungen von Hypothyreoidismus darbieten, die Blinddarmgegend, und wenn bei Druck Schmerzhaftigkeit vorhanden ist, so operiert er sofort. Er will auf diese Weise schweren Anfällen von Appendicitis vorbeugen (! ! Red.) PARMENTIER.

91) **Ernst Sehrt. Die Schilddrüsenbehandlung der hämorrhagischen Metropathien.** Aus der Univ.-Frauenklinik zu Freiburg i. B. (Director: Geh.-Rath Krönig). *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1914.*

Die Lehre von der inneren Sekretion der Körpergewebe ergab die innigen Beziehungen zwischen Hypophyse, Schilddrüse und Genitalorganen, insbesondere zwischen Schilddrüse und Ovarium. Der Connex kommt auch bei Erkrankungen eines dieser Organe funktionell bei dem anderen zum Ausdruck. Diese Thatsache veranlasste Autor Fälle von reiner hämorrhagischer Metropathie, bei denen klinisch und ätiologisch keine andere Ursache aufgefunden werden konnte, als Symptom einer Hypothyreose mit Jodothyrin zu behandeln. Die guten Erfolge sind durch 25 im Auszug mitgeteilte Krankengeschichten illustriert. Bezüglich Details und epikritische Erörterungen sei auf das Original verwiesen. HECHT.

g) Oesophagus.

92) **G. H. Edington. Angeborener Verschluss des Oesophagus. (Congenital occlusion of the oesophagus.)** *Glasgow med. journ. Juli 1913.*

Verf. beschreibt zwei Präparate von congenitalem Oesophagusverschluss. In beiden bestand völlige Atresie. In dem einen Falle endete der Oesophagus in einem Blindsack in Höhe des 7. Trachealringes, im zweiten endete ein ähnlicher Blindsack in Höhe des 12. Trachealringes. Es bestand keine Communication zwischen dem oberen und unteren Speiseröhrensegment. A. LOGAN TURNER.

93) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Bemerkungen über die Sondirung des Oesophagus.** *Verhandl. der XIX. Versamml. d. med. Gesellsch. zu Kiushu u. Okinawa. 1913.*

Vor der Sondirung muss eine laryngoskopische Untersuchung vorangehen, da man bei einem am Oesophagusmund sitzenden Carcinom die kranke Stelle leicht verletzt. Eine ödematöse Anschwellung in der Arygegend verräth oft einen dicht darunter liegenden Tumor. Ungeübte halten manchmal den Widerstand des Oesophagusmundes wegen der Contraction für echte Stenose. Dringende Warnung vor der blinden Sondirung mit harten Bougien bei der Oesophagusstenose nach Verätzung (ein Todesfall durch Perforation einer narbigen Tasche) sowie bei den eingekeilten Fremdkörpern. Ordentliche Sondirung muss immer unter Oesophagoskopie vor sich gehen. Genaue Beschreibung der methodischen Sondirung für therapeutischen Zweck bei narbigen Stenosen. Demonstration der neuen Bougies.

KUBO.

94) **Killian** (Berlin). **Oesophagoskopie und Bronchoskopie.** *Sonderabdr. aus Chir. Operationslehre von Bier, Braun, Kümmell. Bd. I. 1913. Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig.*

In der kurzen Darstellung finden sich die wichtigsten Punkte, welche für die

Vornahme der Oesophago- und Bronchoskopie erforderlich sind, durch vortreffliche Abbildungen erläutert, und im Schlusskapitel werden noch praktische Winke für ösophagoskopische und bronchoskopische Operationen ertheilt.

SEIFERT.

95) **Leriche** (Lyon). **Beiderseitige Resection des N. auriculo-temporalis in einem Fall von Hypersalivation in Folge eines Oesophagustumors. (Résection bilatérale du nerf auriculo-temporal dans un cas d'hypersalivation consécutive à un néoplasme oesophagien.)** *Lyon médical. 12. April 1914.*

Es handelte sich um einen Patienten, bei dem nach einer Gastrostomie wegen Verengerung des Oesophagus in Folge einer Neubildung ein enormer Speichelfluss vorhanden war. Die beiden N. auriculo-temporales wurden im Umfang von 5 cm resecirt, und zwar wurde die Resection an der Stelle gemacht, wo der Nerv sich um die Meningea media schlägt.

Am 5. Tage ist ein vollkommenes Resultat vorhanden. Die Operation erklärt Verf. für indicirt bei inoperablen Fisteln der Parotis oder ihres Ausführungsganges, bei reflectorischem Speichelfluss im Verlauf von Pharynx- und Oesophaguskrankheiten.

GONTIER de la ROCHE.

96) **Broeckaert. Behandlung der Narbenstenosen des Oesophagus bei Kindern. (Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage chez les enfants.)** *Le Larynx. No. 4. 1913.*

Die Ursache ist fast immer eine traumatische. Es ist fast noch wichtiger als bei Erwachsenen, bei Individuen im kindlichen Alter mit dysphagischen Erscheinungen die radiographische Untersuchung zu machen. Verf. hatte so Gelegenheit, bei einem 12 Monate alten Kinde eine Sicherheitsnadel im Oesophagus in Höhe des Ringknorpels zu entdecken, die daselbst ohne Wissen der Eltern hineingelangt war. Oesophagoskopie gelang nicht, es musste operiert werden.

Verf. sah ferner ein dreijähriges Kind, das in Folge von Verschlucken kochenden Wasser seine ringförmige Stenose in der Cardiagegend hatte. Sie wurde unter Leitung des Oesophagoskops dilatirt.

PARMENTIER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XXI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen in Kiel am 29. und 30. Mai 1914.

Bericht erstattet vom Schriftführer O. Kahler (Freiburg i. Br.).

Vorsitzender: Spiess (Frankfurt a. M.).
Schriftführer: Kahler (Freiburg i. Br.).

In der Geschäftssitzung wurde beschlossen, wegen des im nächsten Jahre in Hamburg tagenden Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses keine Versammlung abzuhalten. Für 1916 wurde Cöln als Tagungsort bestimmt.

Zum Vorsitzenden für 1915/16 wurde Hoffmann (Dresden), zu dessen Stellvertreter Bönningshaus (Breslau) gewählt.

Da dem Verein auch zahlreiche nichtreichsdeutsche Mitglieder (Oesterreicher, Schweizer u. a.) angehören, wurde beschlossen, auch ein solches Mitglied in den Vorstand zu wählen. Die Wahl fiel diesmal auf Chiari (Wien).

Ein Antrag von Thost (Hamburg), in Zukunft auf Internationalen medicinischen Congressen und auf den Naturforscherversammlungen die laryngo-rhinologische Section mit der otologischen zu vereinigen, wurde mit grosser Mehrheit angenommen. Chiari (Wien) meldete ein von 16 Mitgliedern des Vereins unterschriebenes Separatvotum an, dahinzielend, dass die beiden Sectionen von einander getrennt bleiben, dass man aber nach Möglichkeit dahin wirken solle, dass die Mitglieder beider Sectionen allen Vorträgen folgen können.

Auf Antrag von Gerber (Königsberg) wurde ein Resolution angenommen, dahin lautend, dass die rechtzeitige Erkennung und Bekämpfung des beginnenden Gesichtslupus in erster Reihe Aufgabe der Rhino-Laryngologie sei, da diese Krankheit immer ihren Beginn in der Nase habe. Die der Aufklärung des Publicums dienenden Merkblätter der Lupuscommission sollen dahin geändert werden, dass der Lupus nicht nur als eine Hautkrankheit, sondern auch als eine innere Nasen- und Halskrankheit bezeichnet wird.

Wissenschaftliche Verhandlungen[1]).

I. Katzenstein (Berlin): Demonstration von Instrumenten.

a) Apparat für starke Erwärmung des Halses.

Vor einiger Zeit hat Herr Haenlein von unserer Klinik einen Apparat für starke Erwärmung des Halses construirt, der in einer Halskrause Metalldrahtlampen trägt, die mittelst eines Vorschaltwiderstandes regulirbar sind. (Demonstration.) Mein Apparat besteht ebenfalls aus einer Halskrause, in deren Asbestlager Heizwiderstände, ähnlich wie bei den elektrischen Kochapparaten eingebaut sind. Wie bei dem Haenlein'schen Apparat lassen sich Temperaturen bis zu 120° C, die an einem eingelegten Thermometer ablesbar sind, erzeugen. (Demonstration.)

b) Apparat für Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Der Apparat ist ähnlich dem Haenlein'schein Instrument für Erwärmung des Halses gebaut, aber mit dem Unterschiede, dass sehr stark leuchtende Nitrallampen (von der A. E. G. zu Berlin) nur an der Vorderseite des Halses entsprechend der Hälfte des Apparats angebracht sind. Bei der Untersuchung des Patienten mit Kehlkopfspiegel und Reflector erblickt man das Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre hell erleuchtet. Individuen jugendlichen Alters lassen sich oft mit dem Kehlkopfspiegel allein, also ohne Reflector untersuchen. Die feinsten Motilitätsstörungen und Niveaudifferenzen lassen sich als Lichtspalte ablesen, ganz geringe Infiltrationen der Stimmlippen bei Tuberculose erscheinen als dunkle Stellen in der roth durchleuchteten Stimmlippe. (Demonstration.)

c) Compressorium des Kehlkopfes in seiner jetzigen Gestalt.

An Stelle der Bandpelotte sind zwei an den seitlichen Gestängen befindliche, mit Schrauben bewegliche Blechplatten getreten, die auf die Gegend der Schild-

1) Die Auszüge aus den Vorträgen sind Autoreferate.

knorpel seitlich nach Bedarf fest aufgeschraubt werden. Von Wichtigkeit ist, dass eine Platte locker liegen kann, während die andere sehr fest angeschraubt wird.

Discussion:

Albrecht (Berlin) zieht die Heizung der Wärmeapparate mit Gas der mit Elektricität vor.

Flatau (Berlin) sieht in der Katzenstein'schen Compressionsvorrichtung einen Fortschritt, da sie einseitig wirken kann. Er hat vor Albrecht schon einen Heizapparat angegeben. Ferner betont er die Vortheile der Kehlkopfdurchleuchtung. Man kann auch feinere Veränderungen wahrnehmen, die mit dem Kehlkopfspiegel nicht sichtbar sind.

Röhr (Berlin) demonstrirt einen mit Hülfe der Firma Détert construirten Compressionsapparat für den Kehlkopf.

Finder (Berlin) hat schon vor 15 Jahren eine federnde Pelotte zur Verwendung bei einseitiger Recurrenslähmung empfohlen.

Gutzmann (Berlin) erwähnt, dass wir einen viel feineren Apparat als die demonstrirten in unserer Hand besitzen. Die Patienten müssen es lernen, mit dem Daumen und Zeigefinger den Druck auf den Kehlkopf auszuüben.

Katzenstein (Schlusswort) betont, dass das Gas vielleicht besser zur Heizung, sein Apparat aber handlicher sei.

Die Hand als Compressorium zu benützen, sei nicht möglich, die Patienten ermüden zu leicht, wenn es sich um complete Lähmungen handelt. Diese Methode eigne sich nur für wenige Fälle.

II. Gerber (Königsberg): Demonstration.

a) Instrumente aus der Königsberger Klinik.

1. Spatel für Meso- und Hypopharyngoskopie.
2. Vergrössernder, anastigmatischer Vorhofspiegel (Zeiss).
3. Pharynxlupe mit Seitenstift und Stiel, letzterer auch für Kehlkopfspiegel zu empfehlen (Zeisswerke Jena).
4. Watteträger zu localisirten Aetzungen mit flüssigen Medicamenten für den Kehlkopf.
5. Stimmbandfeilen zur Mortificirung von Geschwulstresten, Vorbehandlung tuberculöser Infiltrate etc. (Détert Berlin).
6. Nasenschienen von Zenker, besonders zur Nachbehandlung nach Septumresectionen etc. (Pfau).
7. Tonsillenexpressor für die Tonsillektomie, von Réthi (Détert).
8. Elevatorium für die Tonsillektomie von Henke, besonders zur extracapsulären Ausschälung.
9. Apparat zur Nachbehandlung nach Schiefnaseoperationen.

b) Seltene Tumoren.

1—3. Fibroepitheliom des Nasopharynx.
4. Echtes Adenom der Nase und Nebenhöhlen.
5. Osteom der Stirnhöhle.



6. Hämangiom der Tonsille.
7. Multiple Angiome der Zunge.
8. Lymphangiome der Zunge.

Discussion:

A. Réthi (Budapest) empfiehlt seinen Tonsillenexpressor.

Winckler (Bremen) hat ein ähnliches Instrument wie Gerber schon 1904 angegeben.

III. O. Chiari (Wien) empfiehlt zur Oesophagoskopie statt der runden Spatelrohre solche von beiläufig elliptischem Durchschnitte; jedoch sind die langen Bogen der Ellipse flach und eine ziemliche Strecke parallel zueinander. Diese Form des Rohres macht die Einführung in den Anfang der Speiseröhre leichter, weil dieser von rechts nach links weiter als von vorne nach hinten ist. Es muss der Kehlkopf nicht so weit nach vorne verschoben werden als mit der runden Röhre von gleichem Lumen. Ferner gewährt das elliptische Rohr von gleichem Lumen besseren Einblick und endlich kann man in ihm leichter die Bewegungen eines Operationinstrumentes verfolgen, da man dieses in einen der seitlichen Winkel einführt. Bis jetzt wurden an der Wiener Klinik diese elliptischen Röhrenspatel in 28 pathologischen Fällen angewendet. Immer liessen sie sich leichter einführen als die runden von gleichem Lumen; vier Knochen und ein Fleischstück wurden sehr bequem extrahirt; in anderen Fällen von Carcinom, Verletzungen durch Fremdkörper oder Verätzungen fiel besonders das gute Licht auf. In vielen Fällen passirte der elliptische Röhrenspatel No. 12 leichter als der runde Röhrenspatel No. 10, wodurch eine um ein Drittel grössere Gesichtsfläche erzielt wurde.

Discussion:

v. Eicken (Giessen) erwähnt, dass schon Kussmaul ein Rohr mit ovalem Querschnitt benutzt hat.

Siebenmann (Basel) verwendet auch mit Vortheil olivenförmige Rohre.

Chiari (Schlusswort) stellt fest, dass auch Mikulicz ein ovales Rohr construirt hatte. Die elliptischen Rohre wurden auch als Verlängerungsrohre construirt.

IV. v. Eicken (Giessen): Zur Technik der Septumoperation.

Seit der Einführung der submucösen bezw. subperichondralen Einspritzung von dünnen Nococainlösungen mit Nebennierenpräparatzusatz pflegt die Septumresection ein wenig blutiger Eingriff zu sein. Trotzdem wird man in den meisten Fällen während der Operation das Blut, welches sich zwischen den Septumschleimhautblättern ansammelt, wegtupfen müssen. Dabei ereignet es sich hin und wieder, dass an den Knochenrändern Wattepartikelchen hängen bleiben. Diese können zu Störung des Wundverlaufs Anlass geben. Aus diesem Grunde empfiehlt v. Eicken überhaupt nicht mehr zu tupfen, sondern das etwa sich ansammelnde Blut mit einem Röhrchen, welches mit einer doppelten Wasserstrahlluftpumpe in Verbindung steht, wegzusaugen. Das Röhrchen ist neuerdings so modificirt worden, dass es zugleich als Raspatorium dient. Verwendet man dieses Saugraspatorium zugleich mit einem gewöhnlichen Raspatorium, so braucht man, um die Schleimhautblätter des Septums auseinander zu halten, kein Nasenspeculum

mehr. Die Uebersicht ist eine ausgezeichnete. Secundäre Abscessbildungen zwischen den Schleimhautblättern in Folge von sich zersetzenden Hämatomen kommen bei dieser Methode so gut wie nicht mehr vor. Das Saugröhrchen hat sich übrigens auch vorzüglich bei Nebenhöhlenoperationen bewährt.

Discussion:

Winckler (Bremen) hält das Saugröhrchen für entbehrlich. Er verwendet sterile Gaze, die mit Wasserstoffsuperoxyd angefeuchtet wird, zum Abtupfen.

Spiess (Frankfurt) operirt gerne mit Absaugen.

Sturmann (Berlin) hat schon vor drei Jahren Saugdüsen für blutleeres Operiren angegeben. Die Idee stammt von Dr. Unger-Berlin. Statt Wasserstrahlpumpe verwendet er eine Motorpumpe.

v. Eicken (Giessen) (Schlusswort) kam mit der Saugmethode nur bei starken Gefässblutungen des Vomer nicht zum Ziel.

V. Brüggemann (Giessen): Verbesserte Bolzencanüle.

Der Bolzen ist durch ein Charniergelenk gegen den Bolzentheil beweglich gemacht, wodurch die Einführung wesentlich erleichtert wird.

Demonstration einer Schutzplatte, die bei der Extraction des Bolzentheils durch die Tracheotomiewunde die Weichteile auseinander drängt und schützt.

Besondere Bolzencanüle für Kinder von 1 bis 2 Jahren.

Bolzencanüle für Erwachsene, bei der der Bolzen ausgehöhlt und für Luft durchgängig ist.

Discussion:

Anschütz (Kiel) hat die Brüggemann'sche Canüle bei einem dreijährigen Kinde mit gutem Erfolg angewandt (Demonstration des Patienten).

Thost (Hamburg) hat mit der Canüle auch gute Erfahrungen gemacht. Die Canüle mit dem durchbohrten Bolzen hält er für einen Rückschritt. Wichtig ist die Schwere des Bolzens.

Wiebe (Dresden) empfiehlt seine Schienencanüle, durch die jede Granulationsbildung vermieden wird.

Brüggemann (Schlusswort) will den durchbohrten Bolzen nur in Ausnahmefällen verwenden. Auf die Schwere des Bolzens kommt es bei seiner Canüle nicht an, da der Bolzen fest aufsitzt.

VI. Siebenmann (Basel) demonstrirt einige Instrumente (resp. Modification solcher) zur galvanocaustischen Behandlung der Larynxtuberculose im endoskopischen Rohre und bei Schwebelaryngoskopie, nämlich

1. Endoskopische Röhre mit Kamin zur Insufflation von Luft gegen schädliche Rauchentwicklung.
2. Cauter zur Zerstörung der tuberculösen Herde.
3. Verbreiteter und leicht spitzwinklig abgebogener Zungenspatel für den Killian-Albrecht'schen Schwebe-Apparat.
4. Verlängerter und verbreiteter Bügel zum Festhaken am Alveolarfortsatz des Oberkiefers.
5. Kehlkopfspatel zum Schutz der gesunden Partien während der Cauterisation, namentlich zur Abduction des gesunden Stimmbandes bei galvanocaustischer Zerstörung des erkrankten andern.



Bei dieser Gelegenheit macht der Vortragende auf Grund von diesbezüglichen Erfahrungen aufmerksam auf die grossen Vortheile, welche die Schwebelaryngoskopie bietet für die Erweiterung des Oesophagusmundes bei der Incision tiefliegender Retropharyngealabscesse, bei der Extraction von Fremdkörpern, welche im Oesophagusmund sich eingehakt haben, deren sonst sehr gefährliche und schwierige Entfernung durch die bei der Application der Schwebe eintretende Dilatation jener Gegend wesentlich erleichtert wird.

VII. W. Albrecht (Berlin): Die Gegendruck-Autoskopie mit Seitenstützen.

Die Gegendruck-Autoskopie wurde dadurch verbessert, dass zu beiden Seiten des Kehlkopfes Stützplatten angebracht wurden, auf denen der Gegendrücker ruht. Die Methode wirkt so gleichzeitig als Gegendruck- und Schwebelaryngoskopie. Der Vortheil vor der einfachen Gegendruck-Autoskopie ist darin zu sehen, dass das eingeführte Instrument fest fixirt wird und sich auch bei Kindern verwenden lässt. Das Instrument ist ähnlich dem bei der Schwebelaryngoskopie gebräuchlichen gestaltet.

Discussion zu VI und VII:

Chiari (Wien): Ein in Schwebelaryngoskopie curettirter Patient darf nicht sofort nach Hause geschickt werden, er muss im Spital bleiben.

Burger (Amsterdam) fragt an, weshalb die Albrecht'sche Methode leichter ertragen wird als die Schwebelaryngoskopie.

Albrecht (Berlin) (Schlusswort) behandelt nur die leichteren Fälle ambulatorisch. Das Instrument ist leichter zu ertragen als die Schwebelaryngoskopie, da kein so starker Innendruck benöthigt wird.

VIII. Friedel Pick (Prag) demonstrirt Röntgenaufnahmen des Kehlkopfes eines 15jährigen Knaben, der zunächst wegen angeblicher Diphtherie tracheotomirt wurde und nach monatelangem Spitalaufenthalt ohne Canüle entlassen wegen Stenosenerscheinungen neuerlich tracheotomirt werden musste. P. begann Dilatationsbehandlung, worauf dann eines Tages ein Stück eines Röhrenknochens ausgehustet wurde, der ganz von Bindegewebe und Granulationen umgeben, circa 4 cm unter der Glottis gelegen war und auch auf der Röntgenplatte zu erkennen ist. Der Junge wusste nichts von dem Vorhandensein des Fremdkörpers und erinnerte sich erst nach dem Aushusten, dass er circa ein halbes Jahr vor dem Auftreten der als Diphtherie gedeuteten Halsbeschwerden einen Knochen geschluckt habe, ohne weiterhin irgend welche Beschwerden zu spüren.

Discussion:

Chiari (Wien) hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

v. Eicken (Giessen) macht darauf aufmerksam, dass bei Verdacht auf Fremdkörper des Bronchus der negative Ausfall des Röntgenbildes nicht gegen Fremdkörper spricht.

Pick (Prag): Schlusswort.

IX. Thost (Hamburg): Die Behandlung inoperabler Kehlkopfcarcinome.

Carcinome der Stimmbänder oder der Taschenbänder geben für die Operation bei rechtzeitiger Diagnose Aussicht auf günstigen Erfolg; zumal seit die Operation

von Laryngologen nach genau gestellten anatomischen und pathologischen Gesichtspunkten vorgenommen wird. Für die Prognose schlecht sind die Carcinome, die aussen am Kehlkopf ihren Ursprung nehmen und auf das Kehlkopfinnere übergehen. Vor allem gilt das für die Recessus piriformis-Carcinome, die genau genommen Kehlkopfcarcinome, nicht Speiseröhrencarcinome sind. Ist der Tumor grösser, schon zerfallen, so ist mit dem Spiegel der Ausgangspunkt nicht mehr festzustellen, wohl aber durch das Röntgenbild, das die charakteristischen Veränderungen am Schildknorpel zeigt, wie sie der Vortragende in seinem Röntgenatlas beschrieben und abgebildet hat. Die steinharten Drüsenmetastasen, die bei dieser Form nie fehlen, oft das erste erkennbare Zeichen sind, sichern ebenfalls die Diagnose. Da die Drüsen die grossen Gefässe des Halses und die Nervenstämme umwachsen, ist die Prognose für die Operation so ungünstig.

Solche inoperable Fälle kann man nur symptomatisch behandeln. Die inneren Mittel, Arsenpräparate etc. versagen meist. Das Antimeristem Schmidt, von dem einige Laryngologen Besserungen berichtet haben, hat mich in zwei Fällen, trotz sorgfältigster Durchführung, völlig im Stich gelassen. Es kann wohl als abgethan gelten. Auch Cuprase gleichzeitig mit Röntgenbehandlung versagte in einem sonst günstigen Fall, wo der Tumor in der Tonsille begann.

Der Schluckschmerz schwindet aber, die Athembeschwerden vermindern sich, das Allgemeinbefinden hebt sich, wenn der Tumor mit Curette möglichst entfernt wird, mit dem Brenner verschorft, und die Tumormassen mit Pyoktanin durchtränkt werden. Die von Spiess gegen Carcinom empfohlenen und bei Mäusetumoren erprobten Anästhesin, Propäsin, Orthoform, Coryfin, Cycloform werden reichlich auch dem Patienten zur Selbstbehandlung in geeigneter Form gegeben, auch Morphium als Linctus. Die Leitungsanästhesie mit Novocain-Adrenalin thut gute Dienste. Schlundsonde und Nährklystiere sind zeitig anzuwenden. Am wirksamsten erweist sich die Bestrahlung innen mit der Maderröhre, aussen mit der Röntgenbirne. Das collaterale Oedem, die reactive Entzündung, die jedes Carcinom umgiebt und den Tumor grösser erscheinen lässt, schwindet meist rasch und es kommt so zu einer Erleichterung. Man kann mit einzelnen kräftigen Bestrahlungen und grossen zwischen den einzelnen Bestrahlungen liegenden Pausen Kehlkopfcarcinome lange Zeit am Wachstum hindern und den Patienten, manchen selbst jahrelang, ein erträgliches Dasein schaffen. Ueber einen Teil der behandelten Fälle wurde in Wien auf der Naturforscherversammlung vom Vortragenden berichtet.

Es werden dann eine Reihe marcanter Röntgenbilder mit verschiedenen Formen von Larynxcarcinomen gezeigt, wo mit Spiegel der Einblick unmöglich war.

X. Krampitz (Breslau): Ueber Indicationen für die Mesothoriumanwendung in den oberen Luftwegen und ihre bisherigen Ergebnisse. (Aus der Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.)

K. erörtert an der Hand der Literatur und eigener zahlreicher Beobachtungen, welche Krankheitsformen in den oberen Luftwegen sich für die Bestrahlungstherapie eignen. Bezüglich der operablen Carcinome sei Operation mit nachfolgender prophylaktischer Bestrahlung das Zweckmässigste. Allerdings sind gerade bei Geschwülsten der oberen Luftwege die Grenzen der Operabilität noch recht strittig

und flüssig. Ein primärer Bestrahlungsversuch sei ausser bei den Cancroiden der Haut, der Nase und des Naseneingangs am ehesten noch bei kleinen scharf abgegrenzten Carcinomen des Larynx zu rechtfertigen, eventuell mit Excision per vias naturales zu combiniren. Eine genügend lange Bestrahlung begegnet im Larynx meist viel grösseren Schwierigkeiten als in der Gynäkologie und ist auch in Schwebelaryngoskopie nur schwer zu erreichen. Die Bestrahlung kann Anwendung finden: bei operablen Carcinomen, wenn diese mit schweren inneren Complicationen vergesellschaftet sind oder bei ausgedehnter Metastasenbildung; ferner dort, wo die Operation verweigert wird; ferner bei allen inoperablen Carcinomen. K. hat u. a. bei einem inoperablen Oberkiefercarcinom deutliche Besserung und bei einem Carcinom der Tonsille und des weichen Gaumens zum mindesten zeitweilige Heilung gesehen. Etwas weiter kann die Indication bei Sarkomen gestellt werden. Günstig reagiren besonders Rund- und Riesenzellsarkome. Ein als inoperabel bezeichneter Fall von Rundzellencarcinom des Nasenrachenraums ist seit über einem Jahre klinisch geheilt. Empfohlen werden des weiteren Bestrahlungsversuche bei Nasenrachenfibromen, besonders bei stark blutenden Angiofibromen. Erfolgreich erwies sich auch die Bestrahlung bei Skleromen, besonders bei Geschwürs- und Narbenbildungen im Nasenrachenraum. In einem Falle gingen die sehr harten Infiltrate am Naseneingang zurück und die narbige Atresie der Choanen wurde durch Combination von operativem Eingriff, mechanischer Dilatation und Bestrahlung beseitigt. In diesem Falle konnte der Bestrahlung ein wesentlicher Antheil am Heilerfolg durch schnelle Ueberhäutung der Wunde und Dehnbarkeit der Narbe zugeschrieben werden. Ein dankbares Feld für Mesothoriumbehandlung stellt auch die Tuberculose, besonders in der Form des Lupus der Nasenschleimhaut dar. Von den 25 von K. behandelten Fällen sind 8 als vorläufig geheilt aus der Behandlung entlassen, unter weiterer Controle, die übrigen zum Theil gebessert; etwa $^1/_3$ verhielt sich ausschliesslicher Bestrahlung gegenüber refractär. Besonders indicirt erscheint die Bestrahlung des Lupus im Kindesalter, insbesondere auch bei chronischen Eczemen am Naseneingang, hinter denen sich oft Lupus verbirgt.

Die Erfolge der Mesothoriumbehandlung im Verhältniss zu den bisher üblichen Verfahren sind unbestreitbar. Sie scheint nach den bisherigen Erfahrungen dort ihre besonderen Erfolge zu haben, wo diese Mittel mehr oder weniger versagen.

XI. Marschik (Wien): Ueber Erfahrungen mit der Radiumbehandlung von Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege.

Redner berichtet über die Erfahrungen der Klinik Chiari von 1913 an, bis zu welchem Zeitpunkt von Kofler bereits 29 Fälle der Klinik veröffentlicht worden sind. Die relativ mässige Menge des der Klinik zur Verfügung stehenden Radiums, sowie die Tendenz, das Radium besonders zur Gewinnung von Erfahrungen auf dem Gebiete der malignen Tumoren auszunützen, brachte es mit sich, dass sich die in diesem Vortrage niedergelegten Erfahrungen hauptsächlich auf die malignen Tumoren (Carcinome) beziehen. Im ganzen kamen zur Behandlung 67 Fälle, darunter 1 Tuberculose der Zunge, 3 Angiofibrome des Nasenrachenraums, 2 Papillome des Kehlkopfs, 5 Sklerome, 5 Sarkome und 51 Carcinome; unter den Carcinomen befinden sich auch eine Anzahl von Fällen sogenannter prophylaktischer Bestrahlung nach Radicaloperation, andere wieder wurden nach der Radicalope-

ration bestrahlt, da hierbei noch Tumorreste zurückgelassen werden mussten. Bei den Angiofibromen und Kehlkopfpapillomen wurden keine günstigen Erfahrungen gemacht. Sehr aussichtsreich ist die Behandlung bei Sklerom; Erfolg versprechend sind auch die Sarkome und zwar die grosszelligen mehr als die kleinzelligen. Die günstigsten Chancen bieten die Fälle mit makroskopisch-radicaler operativer Entfernung des Tumors und prophylaktischer Bestrahlung nach der Operation; 7 derartige Fälle sind bisher geheilt geblieben. Bei Bestrahlung primärer Tumoren werden nach Möglichkeit die Lymphdrüsen der befallenen Seite oder beiderseitig radical ausgeräumt; auch bei grösseren inoperablen Tumoren erscheint es geboten, das Gros des Tumors durch eine Palliativoperation vorher zu entfernen. Für die Bestrahlung maligner Tumoren, besonders der Carcinome, ist von grösster Wichtigkeit die specifische Natur des Tumors, da besonders unter den Carcinomen desselben Typus grosse Verschiedenheiten herrschen. Es ist daher die histologische Untersuchung jedesmal auszuführen. Tumoren, welche von vornherein Tendenz zur spontanen Rückbildung oder zum Zerfall zeigen, bieten die meiste Aussicht.

Redner bespricht dann die an der Klinik Chiari in Verwendung stehenden Radiumpräparate und -träger. Bezüglich der Dosirung ist derzeit den mittleren Dosen mit starker Filtrirung der Vorzug zu geben. Die einzelnen Bestrahlungen sollen bei stärkeren Präparaten nicht über 24 Stunden hinausgehen. 5 bis 7 Tage genügen in der Regel zur Erholung des normalen Gewebes und somit als Intervall zwischen den einzelnen Dosen.

XIIa. Denker (Halle a.S.): Zur Behandlung der malignen Tumoren der Luft- und Speisewege.

Der Vortr. berichtet zunächst über die Ergebnisse der an seiner Klinik bei Carcinomen der Luft- und Speisewege ausgeführten therapeutischen Versuche mit Radium und Mesothorium. Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, dass durch die Verwendung der Strahlentherapie bei bösartigen Tumoren des Oesophagus wohl eine vorübergehende bessere Permeabilität, aber keineswegs Heilung erzielt werden kann. Sodann werden Mittheilungen über die Verwendung eines von Abderhalden vorgeschlagenen Tumorenserums bei der Behandlung von Carcinomen gemacht. Nach einer Mittheilung in der „Medicinischen Klinik" ist es Abderhalden gelungen, Rattensarkome durch Einspritzung eines fermenthaltigen Serums vollkommen zum Schwinden zu bringen. Dieses fermenthaltige Serum wird dadurch gewonnen, dass man einem Thiere Presssaft aus einem Rattensarkome parenteral in die Blutbahn bringt. Das wenige Tage später dem so behandelten Thier entnommene Serum enthält Fermente, welche im Stande sind, Tumorengewebe abzubauen. Wurde das Abwehrfermente enthaltende Serum, dessen spaltende Wirkung vorher festgestellt war, einer Ratte eingespritzt, die jenen Tumor aufwies, auf den das Serum eingestellt war, so verschwand nach 3—6maligem Einspritzen der Tumor gänzlich.

Auf Grund dieser Beobachtungen hat Denker bei inoperablen Carcinomen mit einem entsprechenden, Abwehrfermente enthaltenden Serum Versuche gemacht. Was zunächst die Reaction des Gewebes an der Einstichstelle sowie die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden betrifft, so liess sich feststellen, dass 50

bis 60 ccm des in Frage kommenden Serums in Dosen von 10—15 ccm innerhalb von 5—6 Tagen injicirt gut vertragen werden.

Von Bedeutung scheint dem Vortragenden, dass nach den Injectionen an der Operationswunde und ihrer Umgebung deutliche Reactionserscheinungen (Injection, Infiltration), besonders der Wundränder, auftraten, die darauf hinzudeuten scheinen, dass eine Einwirkung des fermenthaltigen Serums auf das Carcinomgewebe stattfindet. Die an einem ausgedehnten Kiefercarcinom leidende Patientin, bei welcher vor den Injectionen eine Palliativoperation vorgenommen wurde, hat seit dieser Behandlung an Körpergewicht um 10 Pfund zugenommen. Vorher vorhandene Schmerzen sind nach der Behandlung verschwunden. — Ein abschliessendes Urtheil über die Einwirkung des Serums ist der Vortragende natürlich nicht in der Lage zu fällen. Es erscheint ihm jedoch in Rücksicht auf die Ungefährlichkeit der Injectionen erlaubt, weitere Versuche, besonders bei inoperablen malignen Tumoren, in der angegebenen Richtung anzustellen. Und zwar dürfte es sich empfehlen, die Radium- resp. Röntgenbehandlung mit der Serumbehandlung zu combiniren. Dabei wird es zweckmässig sein, die Strahlenbehandlung der Serumbehandlung vorauszuschicken, da es nach Ansicht Abderhalden's nicht ausgeschlossen ist, dass das Serum, welches genuine Carcinomzellen vielleicht nicht anzugreifen vermag, durch die Bestrahlung bereits veränderte Zellen — in ähnlicher Weise wie das fermenthaltige Serum, das ausgekochte Carcinomgewebe angreift — zu zerstören im Stande ist.

XIIb. Denker (Halle a. S.): Ueber Pituitrin als blutstillendes Mittel.

Der Vortr. berichtet über die Erfahrung, welche er in seiner Klinik mit dem im Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie zuerst von Citelli empfohlenen Pituitrin als blutstillendes Mittel bei spontanen und operativen Blutungen in 32 Fällen gemacht hat. Er kommt zu dem Resultat, dass das Pituitrin sowohl prophylaktisch vor der Operation gegeben, als auch bei spontanen und operativen Blutungen als ein sehr werthvolles styptisches Mittel anzusehen ist, das gestattet, Operationen in dem Gebiete des Ohres und der oberen Luftwege oftmals fast gänzlich ohne Blutung auszuführen. Das Pituitrin wurde bei Kindern und Frauen in der Dosis von 0,5 g, bei erwachsenen Männern in der Dosis von 1,0 g $^1/_2$ Stunde vor dem Eingriff injicirt. Da schädliche Wirkungen nicht beobachtet wurden, wird das Pituitrin als blutstillendes Mittol warm empfohlen.

XIII. Manasse (Strassburg i. E.): Zur Lehre von den primären malignen Gaumengeschwülsten.

Vortragender demonstrirt die Präparate von vier malignen Gaumengeschwülsten:

1. Solitäres Carcinom (Cancroid) der Uvula bei einem 50jährigen Manne, durch Amputation der Uvula geheilt.

2. Basalzellencarcinom des vorderen Gaumenbogens, durch Operation bis jetzt geheilt. Interessant durch die Möglichkeit, die Genese des Tumors genau zu verfolgen. Obere Epithelschichten völlig normal, Basalzellen in stärkster Wucherung begriffen, bestimmen den Zelltypus der Neubildung. Der Fall ist mit Radium nachbehandelt.



3. Endotheliom des harten Gaumens bei einer 50jährigen Luetikerin. Salvarsan ohne Erfolg. Operation, die in Herausmeisselung des harten Gaumens mit dem Tumor bestand, bereitete völlige Heilung. Mikroskopisch: Typisches Endotheliom, in den Lymphspalten beginnend, mit plexiformem Bau, hyaline Degeneration des Bindegewebes, Glykogengehalt der Tumorzellen.

4. Sarkom der Mandel, nach grosser Probeexcision mit Salvarsan behandelt und völlig geheilt, bei einem Nichtluetiker mit negativem Wassermann.

XIV. Anschuetz (Kiel): Demonstration eines mit Radium bestrahlten Tonsillencarcinoms.

Ein inoperables Carcinom der Tonsille, das auf Gaumen und Zungengrund übergriff, wurde durch intratumorale Bestrahlung — 100 mg durch 23 Stunden — zum Verschwinden gebracht. Histologisch handelte es sich um Basalzellencarcinom. Vortr. verwendet das Radium wenn möglich stets intratumoral. Bei Recessus piriformis-Carcinomen wird von aussen an den Tumor herangegangen und durch die Wunde das Radium eingelegt. Bei Oesophaguscarcinomen wurde durch endotumorale Einführung des Präparates schnell eine Besserung der Schluckfähigkeit erzielt. Anschuetz ist der Ansicht, dass offenbar einzelne Individuen sehr gut auf Radium und Mesothorium reagiren, man solle aber nicht denken, dass jedes Carcinom mit Radium zum Schwinden zu bringen ist.

Discussion zu den Vorträgen IX—XIV:

Hinsberg (Breslau): Auch die Recessus piriformis-Carcinome lassen sich ganz gut operiren, die innere Ausdehnung des Tumors bietet nur selten grosse technische Schwierigkeiten. Die Mortalität ist höchstens 5—10 pCt. Bei Radium- und Röntgenbestrahlung sah er keine Dauerheilung, aber wohl colossale Rückbildungen. Es kommt aber wiederum zu Recidiven. Andere Fälle wachsen rapid nach der Bestrahlungstherapie.

Kahler (Freiburg i. Br.): Die endotumorale Behandlung mit grossen Dosen, die Bestrahlung aus geringer Entfernung auch unter starker Filterung ist gefährlich, da es zu sehr beträchtlichen Nekrosen kommen kann. Die Freiburger Schule empfiehlt jetzt Bestrahlung mit grossen Dosen unter Wahrung des Fernabstandes. K. beobachtete sehr rasche Rückbildung eines Recessus piriformis-Carcinoms bei dieser Technik. Bei beginnenden Kehlkopfcarcinomen sollte, wenn genügende Mengen von Radium vorhanden sind, eine Bestrahlung versucht werden, man kommt mit der Operation nicht zu spät.

Winckler (Bremen) hat mehrere Fälle von Recidivcarcinomen nach Pharynx- und Larynxresection beobachtet, bei denen durch die Strahlenbehandlung absolut kein Erfolg zu erzielen war.

Brieger (Breslau) empfiehlt die Strahlenbehandlung besonders für die Nasenrachenraumtumoren. Auch bei zwei Angiofibromen sah er rasche Rückbildung.

Albrecht (Berlin) sah bei Larynxcarcinomen gar keine Erfolge, hingegen sehr günstige Resultate bei Lymphosarkomen der Tonsillen, 6 Fälle wurden geheilt.

Scheibe (Erlangen) hat 6 bösartige Tumoren der Nase bestrahlt und sah nur vorübergehende Besserung.

Albanus (Hamburg) empfiehlt Anämisirung des umgebenden Gewebes, man soll stets grössere Dosen von Radium, mindestens 50 mg verwenden, sonst bekommt man Reizdosis.

Ruprecht (Bremen) macht darauf aufmerksam, dass nicht so selten auch maligne Tumoren nach palliativen Operationen ausheilen. Das muss man bedenken, wenn man die Erfolge des Radiums und Mesothoriums beurtheilt.

v. Eicken (Giessen) hat ein Sarkom der Kieferhöhle und ein Carcinom des Nasenrachenraums mit Erfolg bestrahlen lassen.

Spiess (Frankfurt) erinnert daran, dass nach seinen Versuchen mit Anästhesirungsmethoden Tumoren beeinflusst werden können. Er konnte durch Anästhesirung eine Reihe von Mäusetumoren heilen. Die empfindlichen Infiltrate bei Zungencarcinomen bilden sich durch Injection eines Anästheticums zurück. Die Tumoren können operabel gemacht werden.

Thost (Hamburg) (Schlusswort): Man soll bei mit Strahlentherapie behandelten Fällen das Wort „Heilung“ vorläufig streichen. Th. hält Röntgenbehandlung für schonender als die Radiumbehandlung.

Krampitz (Breslau): Die Tiefenwirkung des Mesothoriums ist grösser als die der Röntgenstrahlen, wichtig sind Pausen zwischen den einzelnen Bestrahlungen zur Vermeidung von Schädigungen.

Marschik (Wien) betont die Verschiedenheiten der einzelnen Tumoren quoad reactionem. Vielleicht wird man feinere histologische Merkmale feststellen können, wodurch man vor der Bestrahlung einen prognostischen Einblick bekäme.

Anschütz (Kiel) tritt trotz der schönen berichteten Erfolge für die frühe und radicale Operation ein.

XV. Walliczek (Breslau): Ueber Erfahrungen mit dem Friedmannschen Serum bei Kehlkopftuberculose.

Von den 21 mit Friedmann'schem Serum geimpften Fällen sind 5 gestorben, 7 verschlimmert, 5 unverändert, 3 gebessert und von 2 ist der Zustand unbekannt, da sie Ausländer und nicht zu erreichen sind. Eine Heilung ist bisher in keinem Falle eingetreten. Ein Einfluss des Serums auf den Kehlkopf machte sich zunächst in der Weise bemerkbar, dass allgemeine Euphorie auftrat. Auch die mitunter recht schmerzhaften Schlingbeschwerden verschwanden spontan, aber nicht immer dauernd. Objectiv trat häufig Abschwellung des Oedems, Reinigung der Geschwüre innerhalb der ersten 3—5 Wochen auf. Darauf entstanden an Stelle der Geschwüre Granulationspolster, die sich trotz monatelangen Bestehens spontan bisher nicht zurückbildeten. Narbenbildung und Dauerheilung des tuberculös erkrankten Larynx ist bisher in keinem Falle erreicht worden, während nach den sonst üblichen Methoden der Behandlung der Larynx-Tuberculose, diese für eine beträchtliche Anzahl unserer Fälle zu erreichen war. Demnach ist das Friedmann'sche Serum zur Behandlung der Kehlkopftuberculose nicht zu empfehlen.

XVI. Gerber (Königsberg): Histologie des Schleimhautlupus.

Die häufigste und schwerste Form des Lupus, der centrale Gesichtslupus, entsteht meist auf der Nasenschleimhaut. In vorgeschritteneren Fällen ist er hier für den geübten Rhinoskopiker gewöhnlich leicht zu erkennen. In manchen Formen

aber und immer in den Anfangsstadien kann die Diagnose Schwierigkeiten bereiten. Hier nun findet sie in der histologischen Untersuchung die festeste Stütze.

Den subepithelialen Knötchen und beginnenden Infiltrationen entspricht oft ein nur noch nicht differencirtes Granulationsgewebe. Später aber sieht man fast immer Rund- und Epitheloidzell-Tuberkel mit meist reichlichen Riesenzellen. Diese behalten — unbeschadet ihres Vorkommens bei anderen Processen — ihre volle Bedeutung für die Lupusdiagnose. Die Tuberkel liegen gewöhnlich zwischen der subepithelialen und Drüsenschicht, vom Epithel nicht selten durch Zonen reichlicher Blutgefässbildung getrennt. Das Epithel zeigt oft starke Zapfenbildung.

Besonders hinzuweisen ist auf die „Lupome“, die einem allgemeinen Lupus vorausgehen, oder in seinem Verlaufe auftreten können. Viele als „Tuberculome“ beschriebene Tumoren sind eigentlich „Lupome“. Sie sind teils echt tuberculöser, teils fibröser oder papillomatöser Natur.

Wichtig beim Verdacht auf Lupus ist auch die histologische Untersuchung des makroskopisch gesunden adenoiden Gewebes der Mandeln und Follikel. Sie zeigen oft charakteristische lupöse Veränderungen. Bakteriologisch bedeutet das Uhlenhuth'sche Verfahren in Verbindung mit der Much'schen Färbung einen Fortschritt für die Diagnose des Lupus. Es gelingt so, etwa die Hälfte der Fälle Tuberkelbacillen nachzuweisen. Die rechtzeitige Erkennung und Bekämpfung des beginnenden Gesichtslupus ist in erster Reihe Aufgabe der Rhino-Laryngologie.

XVII. Albanus (Hamburg): Grenzfälle des Lupus der Nasenschleimhaut.

Vortr. erörtert die Schwierigkeiten einer Abgrenzung zwischen dem Lupus der Nasenschleimhaut und gewissen Formen der Tuberculose der Nasenschleimhaut.

Weiterhin werden Grenzfälle betrachtet, die sich bei einem gleichzeitigen Vorhandensein einer Lues tertiana ergeben können und die auf dem Gebiete des skrophulösen Ekzems, der Tuberculide und des Lupus erythematodes in Erscheinung treten können.

XVIII. A. Réthi (Budapest): Zur Dysphagie-Therapie.

Voriges Jahr hatte Vortr. über seine Versuche Mittheilung gemacht, die er mit Hilfe einer entsprechend construirten Pelotte machte, welche einen Druck auf die Eintrittsstelle des oberen Kehlkopfnerven ausübte. Die Resultate waren befriedigend, aber natürlich die Schmerzlosigkeit war nicht dauernd, die Application der Pelotte musste wiederholt werden.

Die Alkoholinjectionen resultiren aber in den meisten Fällen ebenfalls keine Daueranästhesie; sondern die Wirkung dauert einige Stunden lang.

Eine sichere Daueranästhesie ist nur mit der Durchtrennung des Nerven zu erwarten, über welches Verfahren Vortragender schon früher seine Erfahrungen publicirte. Das Ziel der Alkoholinjectionen ist dasselbe, was wir hier mit Sicherheit erreichen, d. h. eine totale Anästhesie. Nur ein Moment ist vorhanden, was uns zurückhalten kann, nämlich, dass es nicht ganz gleichgültig ist, wann wir bei einem Tuberculösen eine Operation machen.

Das neue Verfahren des Verfassers ist die Continuität des Nerven aufzuheben, ohne eine Operation machen zu müssen. Der obere Kehlkopfnerv durch-

bohrt die Membr. hyothyreoidea und verläuft quer unter der Schleimhaut des Recessus piriformis. Verf. construirte einen entsprechenden Distractor. Die laterale Branche ist kürzer und hat ein lateral vorspringendes Zäpfchen, während die mediale Branche länger ist und sich unten plattenförmig ausbreitet. Das Instrument wird in den Recessus eingeführt, geöffnet, wodurch der Recessus ganz frei zu durchblicken ist, und selbst der Nerv ist fest angespannt und hebt sich plastisch empor. Das Zäpfchen der kürzeren lateralen Branche nimmt an der Stelle Platz, wo der Nerv eintritt.

Jetzt, da der Nerv frei vor uns liegt, benutzen wir eine Quetschzange, die auf die Fischer'sche Universalkehlkopfzange anpasst. Mit diesem Verfahren wird also keine Wunde gemacht, der Nerv ist nicht durchgetrennt, sondern gequescht, wodurch eine totale Anästhesie erreichbar ist. Eine Heilung kann erfolgen, die Leitungsfähigkeit des Nerven tritt aber nur nach längerer Zeit wieder ein.

XIX. Spiess (Frankfurt a. M.): Die Chemotherapie bei Erkrankungen der oberen Luftwege.

Nach kurzen einleitenden Worten über die Ziele der heutigen „Chemotherapie", wie sie von Ehrlich inaugurirt wurde, kommt Vortragender auf seine neuen Versuche zur Behandlung der Tuberculose mit Goldkantharidin zu sprechen.

Unter Bezugnahme auf seine Publication in Brauer's klin. Beiträgen zur Tuberculose 1914, theilt er mit, dass bei Kehlkopftuberculose auch weiter die gleich günstigen Heilerfolge zu verzeichnen sind. Bei einzelnen refractären Fällen ist auf Vorschlag von Prof. Jesionek (Giessen) die Goldbehandlung mit intensiver Hautbestrahlung (Quarzlampe, Höhensonne) zwecks Pigmentirung combinirt worden und scheint sich zu bewähren.

Zum Schluss werden einige Farbenphotographien demonstrirt, auf welchen deutlich die Heilwirkung des Präparates auf das tuberculös inficirte Kaninchenauge, im Vergleich mit dem nichtbehandelten Controlthiere zu erkennen ist.

XX. Friedel Pick (Prag): Ueber Prognose des Skleroms.

Das früher für Deutschland nur als exotische Curiosität angesehene Sklerom ist in den letzten Jahren durch die bekannten Untersuchungen Gerber's und seiner Schüler in Ostpreussen als endemisch nachgewiesen worden und der von P. auch für das Sklerom in Böhmen betonte Zug nach dem Westen ist auch jüngst für Preussen durch den Nachweis eines solchen Falles in der Nähe von Kiel seitens Friedrich erwiesen. Die deswegen von den hiermit beschäftigten Autoren geforderten prophylaktischen Maassnahmen (Anzeigepflicht etc.) haben keinerlei Anhang in weiten ärztlichen Kreisen und bei den Behörden gefunden, was, wie schon Friedrich hervorhebt, gegenüber der gegen die Leprafälle aufgewendeten Fülle von Vorsichtsmaassregeln auffallend ist. Die Ursache dieses ablehnenden Verhaltens ist wohl in der allgemein verbreiteten Meinung zu suchen, dass Sklerom eine wohl langwierige und entstellende Krankheit sei, aber das Leben nicht wesenlich bedrohe, wenn entsprechende Behandlung eingeleitet ist und keine intercurrenten Krankheiten mitspielen. Diese Bewerthung des Skleroms als Krankheit mit quoad sanationem sehr ungünstiger, quoad vitam relativ günstiger Prognose stammt vor allem von der ersten Zeit der Erkenntniss des Skleroms her, wo es von Hebra an der äusseren Haut der Nase beschrieben, eine Domäne der

Dermatologen darstellte. Wir wissen aber jetzt, dass die Zahl der Fälle mit Betheiligung der äusseren Haut nur einen kleinen Bruchtheil darstellt gegenüber den im Innern der oberen und unteren Luftwege localisirten Skleromen. Nun ist für diese Sklerome der Nase und des Rachens, die oft viele Jahre auf diese Organe beschränkt bleiben, die Prognose bezüglich der Lebensdauer meist eine recht gute und auch für manche Fälle des von der Nase auf Kehlkopf und Luftröhre übergreifenden Skleroms ist lange Lebensdauer erwiesen.

P. erwähnt mehrere seit mehr als 20 Jahren ärztlich sichergestellte solche Fälle und als Recordfall einen von dem Begründer der Laryngologie, Türk, in seinem Lehrbuche 1866 beschriebenen Fall mit subglottischen Wülsten, der heute noch als alter Mann lebt und Skleromveränderungen zeigt. Gegenüber diesem günstigen chronischen Verlaufe stehen aber Fälle von plötzlichem Tod, worüber die laryngologische Litteratur nichts enthält, da sie gewöhnlich nur dem pathologischen Anatomen und Gerichtsärzten bekannt werden. P. theilt zwei eigene solche Fälle mit und als Ergebniss einer Rundfrage in Galizien und Russisch-Polen noch acht weitere solche, von welchen einige sogar mitten in der Arbeit umfielen und starben, ohne dass die Section eine eigentliche Ursache des plötzlichen Todes ergab. Wahrscheinlich handelt es sich um Einpressen von zähen Brocken und Detritusmassen in die durch Sklerom verengte Stelle, was dann am Sectionstisch nicht mehr zu sehen ist. Es lehren diese Fälle, von welchen P. anatomische und mikroskopische Präparate zeigt, dass das Sklerom mitunter sogar forensische Bedeutung erlangen kann und deswegen eine erhöhte Beachtung von Seiten der Sanitätsbehörden verdient.

XXI. W. Albrecht (Berlin): Mischinfektion von Tuberculose im Kehlkopf durch Bacillenfärbung im Schnitt nachgewiesen.

A. zeigt in Vertretung von Herrn Geheimrath Killian das histologische Präparat eines Falles, der klinisch das Bild der Kehlkopftuberculose bot. Es bestanden auch tuberculöse Veränderungen in der Lunge und Tuberkelbacillen im Sputum. Auch fand sich Wassermann positiv. Man sieht in den Schnitten Tuberkelbacillen und typische Spirochaetae pallidae. Es ist dies der erste Fall, bei dem die Mischinfektion durch Nachweis der Bacillen durch Färbung im Schnitt nachgewiesen wurde.

Discussion zu den Vorträgen XV—XXI.

Finder (Berlin) hat 5 Fälle mit dem Piorkowski-Präparat behandelt, das auch aus Kaltblüterbacillen gewonnen ist, und hatte nur ungünstige Erfahrungen. Ebenso bei 3 mit dem Friedmann'schen Mittel behandelten Fällen. Er empfiehlt warm Ulsanin bei flachen Ulcerationen. Mit den Alkoholinjectionen in den Nervus laryngeus superior gegen Dysphagie ist er zufrieden. Zum Vortrag Gerber bemerkt er, dass bei der histologischen Untersuchung von lupösen Granulationen häufig keine Riesenzellen zu finden sind.

Winckler (Bremen) hat einen Fall ohne Erfolg mit dem Serum von Leipe und Much behandelt. Nach totaler Resection des Laryngeus sah er keine Nachtheile.

Albanus (Hamburg) empfiehlt die Behandlung tuberculöser Geschwüre mit

dem Kaltcauter. Auch er sah nach Anwendung des Friedmann'schen Mittels rapide Verschlechterung.

Pollatschek (Budapest) sah bei 300 Fällen von Alkoholininjection keine Störungen. Das Friedmann'sche Mittel lehnt er ebenfalls ab.

Blumenfeld (Wiesbaden) sah auch einige Fälle, die nach Injection des Friedmann-Serums sich verschlechterten. Er empfiehlt bei Lupus diagnostische Tuberculineinspritzung.

Brieger (Breslau) stimmt Herrn Gerber bei, dass kein Lupus ohne primäre Schleimhauttuberculose vorkommt. Es giebt aber wohl Schleimhauttuberculose der Nase, die nicht von Lupus gefolgt ist. Der Name „Lupom“ für diese Erkrankung sei daher abzulehnen.

Brüggemann (Giesen) will gleichfalls den Namen „Lupom“ fallen lassen, er warnt davor, allein auf Grund des Befundes von Riesenzellen die Diagnose Tuberculose zu stellen. Bei Zweifel in der Diagnose ist der Tierversuch zu machen.

Seyffarth (Hannover) berichtet über einen Fall von Sklerom, den er in Hannover zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Patientin war nie in einer Skleromgegend.

Noltenius (Bremen) sah nie Nachtheile bei der Alkoholininjection in den oberen Kehlkopfnerven.

Schlusswort:

Walliczek (Breslau) giebt seiner Freude Ausdruck, dass alle Collegen, ebenso wie er, das Friedmann'sche Mittel ablehnen.

Gerber (Königsberg): Meistens findet man bei Lupus histologisch typische tuberculöse Veränderungen. Auf das reichliche Vorkommen der Riesenzellen gerade bei Lupus hat schon Baumgarten hingewiesen. Mit der Alkoholininjection ist G. nicht so recht zufrieden.

G. hat 32 Skleromfälle in Evidenz halten können; 7 sind gestorben, von 8 fehlen weitere Nachrichten, nur 9 sind als geheilt zu betrachten. Mit Goldcantharidinbehandlung des Skleroms hatte er keinen Erfolg.

A. Réthi (Budapest) empfiehlt die Alkoholinjection nach seiner Methode in den Nerven.

Spiess (Frankfurt a. M.) sah bei 2 Fällen von Sklerom nach Goldcantharidininjection bedeutende Besserung.

F. Pick (Prag): Das Sklerom stammt aus dem alten Königreich Polen, das zwischen drei Staaten geteilt wurde. Jeder hat sein Theil bekommen, jeder auch sein Sklerom. Das Sklerom breitet sich nach Westen aus, dies beweist wiederum der in Hannover beobachtete Fall.

XXII. Katzenstein (Berlin): Ueber eine neue Methode der Massage des Halses, besonders bei Stimmleiden.

Der harte Stimmeinsatz, der in einer Hyperkinese der Kehlkopfmuskulatur besteht, zeitigt neben anderen schweren Erkrankungen des Kehlkopfes, auf die ich hier nicht näher eingehen will, besonders häufig eine sehr schmerzhafte Affection der Berufsredner und Berufssänger, die Neuritis des Recurrens und des Laryng.



sup. Die Behandlung der Neuritis laryngea besteht hauptsächlich in hydrotherapeutischen Maassnahmen, äusserer Massage, Vibrationsmassage. Seit etwa $^5/_4$ Jahren wende ich bei der Behandlung der Neuritis laryngea mit oft gutem Erfolge die bimanuelle Massage folgendermaassen an: Patient wird gut cocainisirt. Die Hände des Arztes sind durch Gummihandschuhe geschützt. Ein bis zwei Finger der einen Hand werden in den Mund des Patienten eingeführt, die andere Hand macht besonders die Bewegungen der Effleurage gegen die im Munde befindlichen controlirenden Finger. Der Reihe nach wird massirt: Mundboden, Gegend der Gaumentonsillen, Kehlkopf. Ich muss sagen, dass ich den Hals überhaupt und besonders auch in dem einzelnen Falle durch diese Art der bimanuellen Betastung erst kennen gelernt habe. Die Massage des Mundbodens und der Tonsillengegend ist einfach, dagegen will die des Kehlkopfes erlernt sein. Bei schwierigen Arten der Massage sind, wie Zabludowski sagt, die dazu geeigneten Hände der Aerzte selten. Der Patient wird auf einen niedrigen Stuhl gesetzt, der Kopf etwas nach hinten gebogen. Die im Halse befindlichen meist 2 Finger der rechten Hand werden auf die linke innere Seite des Kehlkopfes geführt, die linke Hand macht von der rechten äusseren Seite des Halses die Gegenbewegungen. Darauf wird in entsprechender Weise der Kehlkopf von der anderen Seite behandelt. Die einzelne Halsmassage soll 2—3 Minuten dauern, wöchentlich finden 2 bis 3 Sitzungen statt.

XXIII. Flatau (Berlin) beobachtete die Veränderungen der phonischen Funktion an Normalen, die durch mechanische, insbesondere elektrisch-vibratorische Einwirkung auf die phonische Athmung hervorgebracht werden. F. schildert dann die Möglichkeit und den Nutzen der Eingliederung dieses Verfahrens in die Methoden der stimmgymnastischen Behandlung, wofür die Periode der Ueberleitung in die schwereren Aufgaben des Stimmberufes nach der Heilung der laryngealen Störung in Betracht kommt. Von den laryngealen Hilfsmethoden wird die Heranziehung der Hochfrequenzströme in den vom Verf. angegebenen constructiven Formen empfohlen, namentlich die von Siemens & Halske ausgeführte neuerdings vervollkommnete Construction, die den Tonschwingungen entsprechende sinusförmige Wechselströme als therapeuthisches Agens einführen. Zum Schluss wird die glückliche Einwirkung der neuen Apparatur auf begleitende abdominal-plethorische Zustände und auch die Erschlaffungen der musculären Bauchdecken besprochen.

XXIV. H. Gutzmann (Berlin): Phonographische und grammophonische Aufnahmeplatten von Stimm- und Sprachstörungen als Lehrmittel für den laryngologischen Unterricht.

G. führte eine Anzahl von Platten von Stimm- und Sprachstörungen vor, an denen er zeigt, dass nicht nur die charakteristischen acustischen Merkmale der betreffenden Störungen, sondern auch die Wirkung der Therapie deutlich wiedergegeben werden. Er empfiehlt eine Serie derartiger Aufnahmen, die jetzt leicht in einer grossen Anzahl von Copien herzustellen sind, und deren Beschaffung daher für das einzelne Exemplar nur geringe Kosten verursacht, als wirksames Unterrichtsmittel für die klinische laryngologische Unterweisung. Besonders für die

zur Zeit durch allzu grosse Bevorzugung der optischen Untersuchungsmethode vielleicht etwas vernachlässigte Uebung im Unterscheiden der Stimmstörungen durch das Gehör können sie grosse Dienste leisten.

Discussion zu den Vorträgen XXII—XXIV.

Hopmann (Cöln) betont die Wichtigkeit der Ausübung und Ausbildung des Abtastens für die Laryngologie, und weist auf die Nothwendigkeit der psychischen Beeinflussung der Phonastheniker hin, da diese Leute alle etwas neuropathisch sind.

Goldmann (Iglau) macht darauf aufmerksam, dass bei Stimmstörungen auch die chronische Tonsillitis als ätiologischer Faktor in Betracht kommt. Durch Tonsillektomie hat er Sänger und Schauspieler von ihrem Leiden befreit.

Boenninghaus (Breslau) erinnert an die von ihm bei Phonastenikern gefundenen Druckpunkte des Nervus laryngeus. Er hatte mit Massage gute Erfolge und lässt die Patienten sich selbst massiren.

Schlusswort: Katzenstein (Berlin): Die Psychotherapie spielt eine grosse Rolle, auch die Behandlung der Tonsillen ist wichtig. Die Behandlung der Neuritis bei Phonasthenikern ist sehr schwierig, man muss sehr viele Mittel versuchen.

Flatau (Berlin): Wenn die Gaumenmandeln erkrankt sind, handelt es sich nicht um reine Phonasthenie. F. hat auch einen Aufnahmeapparat für phonographische Platten construirt.

Gutzmann (Berlin) hat schon vor 23 Jahren das Plattenverfahren angewandt.

XXV. Ernst Winckler (Bremen): Ueber Tonsillenoperationen im Kindesalter.

Die Enucleation der Gaumentonsillen ist für das Kindesalter (so noch kürzlich von Burger) verworfen und die Tonsillotomie als die Operation bezeichnet worden, die allein für dieses Alter in Frage kommt. Ganz abgesehen davon, dass die Tonsillotomie nur bei bestimmten Formen der Hyperplasie eine genügende Verkleinerung der Gaumenmandeln gestattet, ist häufig gar nicht einmal die Grösse der Tonsillen für die Indication zur operativen Behandlung entscheidend. Entscheidend ist, ob das Mandelgewebe klinisch krank ist oder nicht. Sind auf die kranken Gaumentonsillen Allgemeinstörungen zurückzuführen, dann ist, da sie das wichtigste Depot der in den Waldeyer'schen Ring eingedrungenen Infektionserreger darstellen, auch ihre gründliche Beseitigung durch Tonsillektomie ebenso berechtigt, wie dies bei den gleichen Zuständen des Erwachsenen allgemein bereits anerkannt ist. Die physiologische Leistung der Gaumentonsillen ist bei Kindern wie bei Erwachsenen noch völlig unklar. Es scheint, dass von den kranken Tonsillen Eiweissverbindungen in den Blutstrom gelangen, gegen die das Serum specifische Fermente bildet. Andererseits scheint bei der geringsten Entzündung des ganzen Waldeyer'schen Ringes ein mehr oder weniger starker Abbau von Mandeleiweiss auch bei völligem Fehlen der Gaumentonsillen stattzufinden. Für die Zusammensetzung des Blutes spielt die noch unbekannte Function der Gaumentonsillen keine wesentliche Rolle. Der Hämoglobinhalt wird durch das Fehlen der Tonsillen nicht geändert. Zuweilen zeigt er sich vermehrt. Sicher

ist aber, dass eine auffallende Erholung der vorher nicht recht weiterkommenden Kinder durch die Enucleation relativ kleiner, kranker Gaumenmandeln erreicht wird. — Bakteriologisch lassen sich in den kindlichen Tonsillen dieselben Erreger (häufiger in Reincultur) wie bei Erwachsenen nachweisen, pathologisch-anatomisch finden sich schon im frühen Kindesalter sehr bemerkenswerthe Veränderungen. Letztere werden nicht selten gerade bei den Tonsillen angetroffen, an die durch Operation mit keiner Tonsillotomie heranzukommen ist. Erwähnenswerth ist namentlich, dass die Erkrankung auch schon bei Kindern bis an den Hilus sich erstrecken kann, dessen Gegend bei der Tonsillotomie in der Mandelnische zurückbleibt. Bei Kindern mit exsudativer Diathese tritt nach Enucleation der Gaumentonsillen öfters an gewissen Stellen eine Hyperplasie des lymphoiden Gewebes ein, welche vorher nicht zu constatiren war. Diese kann im Laufe der Jahre zurückgehen, aber auch bestehen bleiben. Ein Nachtheil der Tonsillotomie im Kindesalter ist bei Patienten, deren späteres Leben zehn und mehr Jahre hindurch verfolgt werden konnte, klinisch nicht zu bemerken. Störungen, welche von anderen Aerzten oder den Eltern des Kindes auf den Verlust der Gaumenmandel zurückgeführt werden, hängen sehr oft mit später zur Entwicklung gelangten Erkrankungen anderer Lokalität (Nasenleiden) oder mit allgemeiner Verweichlichung der Kinder zusammen.

Die grosse Schwierigkeit besteht darin, klinisch die chronische Tonsillitis zu erkennen, was bei einer Untersuchung des kindlichen Patienten oft unmöglich ist und eine längere Beobachtungszeit erfordert.

XXVI. Rudolf Steiner (Prag): Beitrag zur Histologie und Klinik der Rachenmandel.

Der Autor hat an einem grösseren geeignet gefärbten Sectionsmaterial des Prager path.-anat. Univers.-Instituts systematische Untersuchungen der feineren Zellhistologie der Rachenmandel angestellt und berichtet auf Grund derselben als vorläufige Mittheilung über das bis jetzt histologisch fast überhaupt nicht bearbeitete Krankheitsbild der recidivirenden Entzündungen der Rachenmandel und über den Zusammenhang, in dem die unter dem Gesammtnamen „Adenoiditis“ bekannten pathologischen Prozesse mit dem lymphatischen Gewebe der Rachenmandel stehen.

Er bespricht ausführlich die entzündlichen Veränderungen, welche in einer Reihe hyperplastischer kindlicher Mandeln — es lagen 61 Untersuchungsobjekte vor — gefunden wurden.

Für die Entstehung der Hyperplasie sind aber nicht in jedem Falle entzündliche Prozesse verantwortlich zu machen, da solche auch in nicht hyperplastischen Mandeln nachgewiesen werden konnten. Gegen die Genese der Hyperplasie aus bloss entzündlichen Veränderungen spricht nach St. auch das klinische Krankheitsbild der chronischen Adenoiditis, das der Autor an einem grösseren Material zu beobachten Gelegenheit hatte, indem bei einer grossen Anzahl solcher von wiederholten Entzündungen der Rachenmandel heimgesuchten Kranken eine als Hyperplasie zu deutende Volumzunahme der Rachenmandel, resp. eine deutliche Entzündung des Organs weder palpatorisch noch durch das in neurerer Zeit von

Flatau technisch vervollkommnete Pharyngoskop fast gar nicht oder nur in mässigem Grade zu constatiren war.

Vom klinischen Standpunkte ergäbe sich daraus, dass wir für die Adenotomie nicht nur in der reinen Hyperplasie und der durch sie bedingten mechanischen Veränderung eine Indication zur Entfernung der Rachenmandel suchen müssen, sondern auch in wiederholt auftretenden Entzündungen des adenoiden Gewebes, welche zur Verkleinerung geführt haben, wie ja auch die durch chronische Entzündungen narbig geschrumpften, kleinen chronisch kranken Gaumenmandeln nach unserem heutigen Wissen die Indication zur Radicaloperation geben, um endlich das Individuum vor den immer neuen entzündlichen Schüben zur Ruhe kommen zu lassen.

Discussion zu den Vorträgen XXV und XXVI.

Amersbach (Freiburg i. Br.) spricht zur physiologischen Bedeutung der Tonsillen. Er hat auf der Kahler'schen Klinik die Versuche Henke's, der in die Nase injicirten Russ in den Tonsillen nachwies und daher die Tonsillen als Excretionsorgane betrachtet, nachgeprüft, ist aber nur zu negativen Resultaten gekommen.

Finder (Berlin) stimmt Herrn Winkler bei, dass bei Kindern auch kleine erkrankte Tonsillen radical zu entfernen sind. So findet man bei den sogenannten orthostatischen Individuen durch chronische Tonsillenerkrankungen im Kindesalter bedingte echte chronische Nephritis.

Hopmann (Cöln) giebt seiner Freude Ausdruck, dass die von seinem Vater zuerst empfohlene Tonsillektomie sich jetzt allgemein eingebürgert hat.

Halle (Berlin) ist der Ansicht, dass man auch bei lymphatischer Diathese operiren soll, um das Hinzutreten von Ohrcomplicationen zu verhüten.

Güttich (Charlottenburg) meint, man solle nicht von extracapsulärer Ausschälung sprechen, die Tonsille habe keine Kapsel.

Spiess (Frankfurt a. M.) ist für conservative Behandlung, solange nicht bewiesen ist, dass die Tonsille wirklich überflüssig ist.

Winckler (Bremen) (Schlusswort) stellt fest, dass die Tonsillectomie bei Kindern niemals eine Schädigung gebracht hat, auch die Kinderärzte betonen, dass die kranke Tonsille unter allen Umständen, auch bei exudativer Diathese entfernt werden soll.

Steiner (Prag) tritt ebenfalls dafür ein, dass erkrankte Mandeln radical zu entfernen sind.

XXVII. v. Eicken (Giessen): Ein Fremdkörper der Speiseröhre mit tödtlichem Ausgang.

v. E. verfügt im Ganzen über 18 z. T. recht schwierige Extractionen von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittels Oesophagoskopie. Unter diesen hatte er einen Todesfall zu verzeichnen, der ein Kind von 15 Monaten betraf, welches seit 8 Tagen ein Zehnpfennigstück im obersten Abschnitt der Speiseröhre beherbergte. Bei der hochgradigen Verschwellung der Schleimhaut und der sehr reich-



lichen Salivation war die Uebersicht bei der Oesophagoskopie, die mit einem kleinen Rohr ausgeführt werden musste, eine recht mangelhafte. Das Rohr glitt mehrfach an dem Fremdkörper vorbei, bis es schliesslich gelang, die Münze zu sichten und zu extrahieren. Exitus nach einem Tag. Section ergibt an der Stelle, wo das Geldstück gelegen hat, beiderseits tief greifende decubitale Geschwüre, die bis in die Musculatur der Speiseröhre vorgedrungen waren und einen mit dem Geschwür der rechten Seite communicirenden neben der Speiseröhre gelegenen Kanal, in den offenbar das Oesophagoskop einmal eingedrungen sein musste. Von hier ausgehend eine diffus eitrige Mediastinitis. Eine solche Verletzung ist — vorsichtige Manipulation vorausgesetzt — nur denkbar bei einer schon bestehenden hochgradigen Schwäche der Speiseröhrenwand und wäre sicher nicht zu Stande gekommen, wenn man das Kind der Oesophagoskopie rechtzeitig zugeführt hätte.

XXVIII. Marschik (Wien): Gastroskopie, Gastrophotographie.

Demonstration des an der Klinik Chiari in Verwendung stehenden Gastroskops nach Foramitti, einem Wiener Chirurgen, sowie eines von der Firma Leiter in Wien construirten cystoskop-ähnlichen Instruments zur Gastroskopie durch die Gastrostomiefistel. Demonstration der Kahler-Leiter'schen photographischen Camera für das Pharyngoskop, mit welcher auch die Photographie des Magens bewerkstelligt wird, sowie einige durch Vergrösserung der Aufnahmefilms gewonnenen Photographien des Magens.

XXIX. A. Réthi (Budapest): Methode zur indirecten Untersuchung und Operationen des Kehlkopfes. (Distractio Laryngis.)

Vortr. demonstrirt eine neue Methode zur indirecten Untersuchung des Kehlkopfes, mit deren Hilfe die Schwierigkeiten bei der indirecten Operation des Kehlkopfes bedeutend vermindert werden.

Wenn wir wollen, dass die gesperrte Glottis geöffnet werde, und offen bleibe, so müssen wir auf drei Punkte einen Druck ausüben: auf die Wurzel der Epiglottis und auf die aryepiglottische Region. Hieraus folgt, dass, wenn wir die Stimmbänder fixieren wollen, wir ein Instrument nöthig haben, welches diese drei Punkte von einander fernhält.

Das Instrument (Distractor) hat zwei hintere und eine vordere Branche. Die vordere ist breiter und kürzer, da sie bloss supraglottisch Platz nimmt, und die Epiglottis nach vorne drückt, wodurch die ganze vordere Wand frei wird. Die zwei hinteren Branchen sitzen dicht neben der vorderen Branche; wenn wir aber das Instrument schliessen, so entfernen sie sich von der vorderen Branche nach hinten zu, aber auch von einander in die seitliche Richtung. Diese Partie der hinteren Branchen, welche den Stimmbändern entspricht, verbreitet sich nach vorne dreieckig; dadurch wird die Glottis ad maximum geöffnet. Damit das Instrument eine genügende Stütze hat, sind die hinteren Branchen unten bogenartig gekrümmt; wenn wir das Instrument einführen und im Kehlkopfe schliessen, so legen sich diese Bogen in die entsprechende seitliche subglottische Ausbuchtung des Kehlkopfes ein. Dadurch wird das Instrument im Kehlkopfe fixirt. Endlich können wir eine entsprechende Mundsperre appliciren, welche das Instrument voll-

ständig fixirt, und einen überraschend freien Einblick leistet (Fabrikant: Reiner u. Lieberknecht, Wien).

Die Vorzüge des Verfahrens sind: der Kehlkopf ist phantomartig unbeweglich fixirt, die Glottis ist ad maximum geöffnet, die Stimmbänder sind fixirt und angespannt, die Epiglottis ist nach vorne gedrückt, die Commissura ant. ist vortrefflich zu sehen, die Zunge zu halten ist unnöthig.

Discussion zu den Vorträgen XXVII bis XXIX.

Möller (Kopenhagen) sah einen ähnlichen Fall wie v. Eicken. Eine Münze konnte aus dem Oesophagus bei einem kleinen Kinde mittelst Oesophagoskopie nicht extrahirt werden, Extraction mit Oesophagotomie, Exitus an Mediastinitis; es fand sich eine Perforation.

Güttich (Charlottenburg) beobachtete ein dreijähriges Kind, das seit zehn 10 Wochen einen Fremdkörper im Oesophagus hatte. Man sah nur Granulationen, der Fremdkörper konnte daher mit dem Oesophagoskop nicht extrahirt werden. Trotz Oesophagotomie Exitus.

Kahler (Freiburg i. Br.) betont die Wichtigkeit der Veröffentlichung derartiger unglücklicher Zufälle, die Oesophagoskopie ist entschieden gefährlicher als die Tracheoskopie, da schon eine kleine Verletzung zu Mediastinitis führen kann.

Marschik (Wien) empfiehlt bei Verdacht einer beginnenden Mediastinitis sofort die Mediastinotomie zu machen.

Schlusswort: v. Eicken (Giessen) unterstützt den Vorschlag Marschik's. In seinem Fall lag kein Anzeichen für Mediastinitis vor.

XXX. E. Pollatschek (Budapest): Ueber eine Modification der radicalen Kieferhöhlenoperation.

Die radicalste Operation der Kieferhöhle ist die Denker'sche Operationsmethode.

Durch Wegziehen der Wange während der Operation entstehen sehr oft starke Schwellungen und Hämatome. P. trachtet daher, dieses Wegziehen zu vermeiden. P. führt einen, der Sturmann'schen Operation ähnlichen Eingriff in der Apertura piriformis aus, wobei die ganze Höhle gut zu betrachten ist. Ist die Schleimhaut nicht hochgradig degenerirt, ist die Operation so zu vollenden, wenn aber ja, dann macht er nach Vollendung der naso-antralen Communication einen buccalen Schnitt, entfernt die vordere Wand der Kieferhöhle und reinigt die Höhle. Die letzte Phase der Operation ist in 3—4 Minuten fertig und die Zerrung der Weichtheile eine minimale. Der Eingriff ist also eine Denker'sche Operation, jedoch in verkehrter Zeiteintheilung.

XXXI. Alfred Brüggemann (Giessen): Seltene Befunde bei Nebenhöhleneiterungen.

a) Demonstration einer Kieferhöhlen- und Stirnhöhlen-Schleimhaut bei Empyem der Höhlen mit verkalkten capillaren und präcapillaren Gefässen.

b) Bei einem 29jährigen Mann, der an chronischer Nebenhöhleneiterung litt, ergab die Punction der linken Kieferhöhle grössere Eitermassen, auf der rechten Seite dagegen eine klare, gelbliche, mit zahlreichen Cholestearinkrystallen durch-



setzte Flüssigkeit. Weder bei der Operation noch bei der in Serienschnitten durchgeführten mikroskopischen Untersuchung der Schleimhaut fand sich irgend ein Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer Schleimhaut- oder Zahncyste. Die Schleimhaut zeigte ausser reichlicher Ablagerung von Blutpigment mit Riesenzellenbildung nur eine geringe Infiltration. Offenbar hat es sich primär um eine hämorrhagische Entzündung der Schleimhaut gehandelt, wofür das Auftreten von Blutpigment in dem Gewebe und das Vorhandensein von reichlichen Cholestearinkrystallen in dem Inhalt der Kieferhöhle spricht. Der Fall beweist, dass Cholestearinbildung in der Kieferhöhle nicht, wie vielfach angenommen wird, an das Vorhandensein von Cysten gebunden ist.

c) Osteoides Gewebe in einer chronisch entzündeten Stirnhöhlenschleimhaut.

XXXII. Marschik (Wien): Zur Technik der Stirnhöhlenradicaloperation.

Nach einigen kurzen Bemerkungen über die seit dem Jahre 1904 an der Klinik Chiari geübte Killian'sche und Riedel'sche Stirnhöhlenoperation bespricht Redner ausführlicher einige Modificationen derselben, sowie die im Laufe der Jahre durch Erfahrung bedingte Entwickelung der Technik des typischen „Killian". Von letzterer ist zu erwähnen die Bevorzugung der nach dem Braun'schen Lehrbuch ausgeführten Localanästhesie, sowie der Kuhn'schen Methode bei Allgemeinanästhesie, die primäre Ausmeisselung des unteren Randes der Knochenbrücke, wodurch die Aushebelung eines einzigen Knochenstückes ermöglicht wird, welche Stirnhöhle und Siebbein gleichzeitig eröffnet, die Belassung sämmtlicher Weichtheile an der Spange mit Ausnahme der Haut, die principielle Abhebelung der Trochlea, die Rückkehr zur Originalvorschrift Killian's (contra Hajek), den dem Proc. front. entsprechenden Nasenschleimhautlappen zu erhalten und an das äussere Periost des Oberkieferfortsatzes wieder anzunähen, sowie die principielle äussere Drainage, um Anschwellung der Nasenschleimhaut und damit Behinderung der nasalen Drainage zu vermeiden. M. betont weiter die nicht selten eintretende Nothwendigkeit, wegen Ostitis der Hinterwand, namentlich bei Recidiven und secundären Operationen, die Hinterwand in grösserem oder geringerem Umfange zu entfernen, wodurch oft bedenkliche intracranielle Symptome zum Schwinden gebracht werden.

Von dem durch die Arbeiten der Klinik Chiari neugewonnenen Modificationen der Stirnhöhlenradicaloperationen erwähnt er zunächst die Anwendung der Grünwald'schen Methode der Resection des Nasenseptums auf die äussere Operation nach Kahler, sowie die hierbei zu beobachtenden Cautelen; ferner die von M. eingeführte, in den geeigneten Fällen sehr brauchbare Methode des sogenannten „retrograden Killian", welche den Hautschnitt der anderen Seite erspart; endlich die Anwendung der Krönlein'schen Trepanation der lateralen Orbitalwand bei sehr tiefem Rec. supraorbitalis, um übermässigen Druck oder Verletzung des Bulbus oder des Opticus zu vermeiden.

Zum Schluss bespricht M. noch die verschiedenen zur Deckung von Defecten nach Stirnhöhlenoperationen versuchten Methoden und befürwortet die Plastik mit Rippenknorpel.

XXXIII. Halle (Charlottenburg): Die intranasale Operation bei Erkrankung der Nebenhöhlen.

Halle bevorzugt als beste der Kieferhöhlenoperationen die von Sturmann und Canfield angegebene Methode, die im Princip ein „Denker“ von der Nase aus ausgeführt ist. Die untere Muschel wird total erhalten bzw. nur eine etwaige Hypertrophie entfernt. Auf das wichtige Princip der Ausschaltung des Mundes und die Wichtigkeit der Respirationsluft für die Ausheilung der Empyeme hat Halle schon im Jahre 1906 und 1910 aufmerksam gemacht. — Halle hat seine 1906 veröffentlichte Methode der intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle, die trotz fraglose Vorzüge und trotzdem sie an einer grösseren Reihe von Fällen mit bestem Erfolg ausgeführt wurde, keiner allgemeinen Anerkennung sich zu erfreuen hatte, weil ihre Gefahr von den meisten Beurteilern bei weitem überschätzt wurde, soweit zu verbessern versucht, dass Gefahren ebenso sicher ausgeschaltet werden können, wie bei der Operation von aussen. Er schlägt jetzt folgenden Modus procedendi vor: Auf der lateralen Nasenwand wird ein Schleimhautlappen gebildet. Der umschnittene Lappen wird vorsichtig abgelöst, nach unten geschlagen und hier mit einem Tupfer gehalten und geschützt. Der vordere Ansatz der mittleren Muschel wird hierauf durch leichte Meisselschläge abgetrennt und mit einigen kräftigeren Schlägen des Meissels der Agger und die davor gelegenen Theile des aufsteigenden Kiefersatzes abgetragen. Man gewinnt dadurch eine verblüffende Uebersicht nicht nur über die vordersten Siebbeinzellen, die bisher von innen überhaupt nicht erreichbar waren, sondern sieht in fast allen Fällen sofort den Eingang in die Stirnhöhle. — In absolut gefahrloser Weise kann nunmehr mit einer Fräse die Stirnhöhlenöffnung erweitert und der ganze Boden der Stirnhöhle abgetragen werden, kleinere Höhlen sind völlig zu übersehen und auch grössere können mit biegsamen Löffeln völlig oder fast völlig ausgekratzt werden. — Das Siebbein liegt dadurch, dass man die Umbiegungsstelle der Tabula interna sieht, klar vor den Augen und kann eher sicherer ausgeräumt werden, als durch externe Operation. Für die Keilbeinhöhle schlägt Halle vor, durch die natürliche Oeffnung einen Kreuzschnitt durch Schleimhaut und Periost zu führen, die vier gebildeten Lappen abzupräpariren und nun die vordere Wand mit irgend einem Instrument zu entfernen. Zum Schluss werden nach eventueller Ausräumung der Schleimhaut der Höhle die vier Lappen — oder so viel man gewinnen konnte — in die Höhle gelegt und locker antamponirt. Hierdurch wird das lästige Zugehen der Höhle vor der Heilung vermieden und diese beschleunigt.

XXXIV. A. Réthi (Budapest): Methode zur intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle.

Voriges Jahr hat Verf. eine Methode empfohlen zur intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle. Das vordere Ende der mittleren Muschel wurde resecirt, die natürliche Oeffnung der Stirnhöhle freigemacht. Unterhalb der Crista nasalis wurde das Nasenbein durchgemeisselt und durch dieses Loch die Haut der Nasenwurzel mit einem Elevatorium abgelöst. Jetzt kann die Crista frontalis mit einer starken Zange gefasst und in kleineren Stückchen entfernt werden. Dadurch bekommen wir einen freien Einblick.

Das Verfahren ist nicht schwer, doch erfordert es eine ziemlich geübte Hand. Vortr. wollte die Technik erleichtern und da kam er auf eine einfache und ungefährliche Methode.

Vortr. arbeitet jetzt auch mit Fraisen, eine Nebenverletzung ist aber jetzt ausgeschlossen. Die Fraise ist walzenförmig und passt in eine Hülse hinein, die oben in einen bogenförmig gekrümmten Schützer ausgeht. Das Instrument ist so construirt, dass die Fraise und der Schützer fixirt ist, doch kann sie ganz frei in der Hülse rotiren. Nun wird die natürliche Oeffnung der Stirnhöhle freigemacht, und der knopfsondenartige Schnabel wird eingeführt. Der Momentschalter wird eingeschaltet, und nun kann die Fraise nur nach vorne wirken. Sie kann nur dorthin reichen, wohin der Schnabel sie führt. Der Schnabel kann aber nur in die Stirnhöhle hinein. Aber dass sie hineinkommen kann, dafür trägt selbst die Fraise Sorge. Dadurch entsteht ein Circulus vitiosus. Dass in den seltenen Fällen, in welchen die Lamina cribrosa die mediale Grenze der Stirnhöhlenöffnung bildet, ebenfalls keine Nebenverletzungen vorkommen, dafür ist in der Construction auch Sorge getragen. (Fabrikant: F. L. Fischer-Freiburg.)

XXXV. v. Eicken (Giessen): Zur Kosmetik der Stirnhöhlenoperationen.

Bei einem wegen rechtsseitiger Stirnhöhleneiterung nach Riedel radical operirten Patienten wurde vor mehreren Jahren aus kosmetischen Rücksichten eine Paraffineinspritzung anderweitig vorgenommen. Seitdem traten von Zeit zu Zeit Abscessbildungen in diesem Gebiet auf, die zu sehr entstellenden Narben und Bildung von ectatischen Venen in der Haut führten. Das Röntgenbild liess einige bei der Operation nicht entfernte Buchten der Stirnhöhle erkennen, deshalb erneute Freilegung des Operationsgebietes. Dabei wurde das ganze erkrankte Hautgebiet excidirt, wodurch ein dreieckiger Defect entstand. Dieser hatte in der Mittellinie eine Ausdehnung von 5—6 cm und lateralwärts von 2 cm. Ausräumung der noch vorhandenen Buchten. Um die stark entstellende Einsenkung zu beseitigen, wurde nach breiter Unterminirung der Stirnhaut der gesunden linken Seite ein grosser, aus den unter der Haut gelegenen Weichtheilen und Periost bestehender Lappen mit der Basis an der Nasenwurzel gebildet und nach rechts hinüber geklappt. Um den Hautdefect auszugleichen, wird sodann die Haut der kranken Seite bis weit in Fossa temporalis hinein unterminirt und dann durch zwei winklige Entspannungsschnitte soweit mobilisirt, dass eine primäre Vereinigung der Wundränder sich bewerkstelligen liess. Heilung per primam.

XXXVI. Brüggemann (Giessen): Zur Technik der Spülung von Nebenhöhlen.

Demonstration eines Kanülenhalters, der sich an den gebräuchlichsten Kanülen nach Anbringung einer kleinen Platte leicht befestigen lässt und verhütet, dass die Spülflüssigkeit über die Hand des Arztes fliesst.

XXXVII. Richter (Leipzig): Zur Operationstechnik grosser Zahncysten im Oberkiefer.

R. legt von der Fossa canina aus die Zahncyste frei und trägt die mediale Cystenwand ab, sodass der Cystenraum von der Oberkieferhöhle nicht mehr ge-

trennt ist. Die Cyste wird so zur Nebenhöhle der Nase, als Theil der Highmorshöhle. Zwischen letzterer und dem unteren Nasengange wird eine bohnengrosse Daueröffnung hergestellt. Die Wunde in der Fossa canina wird sogleich vernäht.

Diese Operationsmethode ermöglicht die Beseitigung der Cyste und der davon ausgehenden Beschwerden in etwa einer Woche, während sonst monatelange Tamponaden erforderlich waren.

XXXVIII. J. M. West (Berlin): Ueber die intrasanale Behandlung der Dakryostenose.

Vortragender hat im Jahre 1910 im Gegensatz zu den früheren Versuchen 7 Fälle veröffentlicht, wobei er den Thränenweg intranasal unter Schonung der unteren Muschel eröffnet hat. Diesen seinen damaligen Vorschlag, nämlich unter Schonung der unteren Muschel den Thränenweg intranasal anzugreifen, hält Vortr. für einen sehr wichtigen Fortschritt in der intrasanalen Chirurgie des Thränenweges.

Polyak's Anspruch auf die Priorität des intranasalen Toti'schen Verfahrens, unterstützt nur durch Leichenexperimente, die er in seinem Sammelreferat vom September 1912 nur nebenbei erwähnt, hat nichts mit des Vortr. Methode zu thun. Denn erstens hat Vortr. geheilte Fälle von Thränensackeiterung 2 Monate früher in der Berliner Ophth. Gesellschaft veröffentlicht und zweitens ist des Vortr. Verfahren ganz anders. Polyak eröffnet zuerst den Ductus, verfolgt den Ductus hinauf und eröffnet endlich den Sack. Er macht eine Dakryocystostomie plus eine Ductostomie, eine „intrasanale Toti" wie er schreibt. Die vom Vortr. ausgebildete Methode dagegen ist eine einfache Eröffnung des Saccus unter Schonung der unteren Muschel; der Ductus wird dabei nicht eröffnet, eine einfache Rhino-Dakryocystostomie.

Vortr. hat sich die Aufgabe gestellt, die Frage der Dakryostenose zu lösen und hat im Laufe der letzten $2^1/_2$ Jahre an der Silex'schen und an der Hirschberg'schen Klinik in Berlin über 500 Fälle von allen den verschiedenen Erkrankungen des Thränenapparates genau untersucht, und hat bei Fällen von Dakryostenose über 220 intranasale Operationen ausgeführt. Seine Resultate bei Phlegmone, Fistel und bei Ektasie des Saccus demonstrirt er mit einer Reihe von Photographien, welche vor und einige Tage nach der Operation aufgenommen worden sind.

Vortr. theilt vorläufig mit, dass er mit Bumke in Morgenroth's Laboratorium in der Charité in Berlin eine bakteriologische Arbeit über Bakterieninhalt des Bindehautsackes nach der intranasalen Eröffnung des Thränensackes gemacht hat. Er und Bumke finden, dass die pathogenen Bakterien gewöhnlich 1 oder 2 Tage nach der Operation vollkommen verschwunden sind. Dagegen sind nach der Exstirpation des Sackes von aussen in Axenfeld's Klinik Pneumokokken in 43pCt. gefunden. (Mattice.)

XXXIX. Amersbach (Freiburg i. Br.): Zur Frage der diffusen Hyperostosen der Gesichts- und Schädelknochen.

A. berichtet über einen Fall diffuser Hyperostose des Oberkiefers und Stirnbeins bei einem zwanzigjährigen Bulgaren. Trotz genauer Untersuchung des ge-

sammten, operativ entfernten Materials muss die Frage, ob eine echte Tumorbildung (Osteoidfibrom) bezw. (Osteoidsarkom) oder aber eine entzündliche Neubildung (Ostitis deformans fibrosa, Paget, Recklinghausen) vorliegt, unentschieden bleiben. Die auch durch neue Publicationen (Hutter, Frankenheim) noch in vielen Punkten unklaren Krankheitsbilder erheischen dringend die Bekanntgabe jedes einzelnen Falles. Neben der genauen klinischen Beschreibung speciell der röntgenologischen Untersuchung des gesammten Skelettsystems darf von der histologischen Untersuchung, besonders der Randpartien der Krankheitsherde, eine weitere Klärung erwartet werden.

Discussion zu den Vorträgen XXX bis XXXIX.

Ritter (Berlin) möchte die Halle'sche Methode nur für wenige Fälle reservirt wissen. Bei den meisten Stirnhöhleneiterungen kommt man mit den einfacheren conservativen Methoden aus. Bei hochgradigen Schleimhautveränderungen nur mit der äusseren Operation. An der oberen Keilbeinhöhlenwand ist es gefährlich mit der Fraise zu arbeiten.

Rhese (Königsberg) meint auch, dass man mit einfachen Operationsmethoden auskommt, er betont die Wichtigkeit der Erhaltung der mittleren Muschel bei der endonasalen Siebbeinoperation. Nach der West-Polyak'schen Operation sah er in 50 Fällen Recidive. Er empfiehlt mehr die Toti'sche Methode und bildet aus der medialen Thränensackwand einen Lappen, um Wiederverwachsungen zu verhüten.

Gerber (Königsberg) hält die äusseren Stirnhöhlenoperationen für bei weitem ungefährlicher als die intranasalen.

O. Mayer (Wien) hat 26 Fälle nach West operirt und sah auch manchmal Recidive. Wichtig sei die Nachbehandlung.

Ruprecht (Bremen) macht das Fenster etwas grösser als West es angiebt. Er demonstrirt einige Instrumente zur Operation. R. hat 19 Fälle operirt, 10 sind wohl als geheilt anzusehen.

Seyffarth (Hannover) spricht zur Operation der Kiefercysten, er macht sie ebenso wie Richter. Er betont ebenfalls die Wichtigkeit der Nachbehandlung bei der Tränensackoperation.

Kahler (Freiburg i. Br.) empfiehlt zur Vermeidung stärkerer Blutungen während der West'schen Operation auch aussen am Processus nasofrontalis Novocain-Adrenalin zu injiciren. Sehr wertvoll sei die bakteriologische Untersuchung vor und nach der Operation. Unter den nachuntersuchten Fällen waren die meisten pneumokokkenfrei, nur einmal zeigten sich 3 Wochen nach der Operation wieder Pneumokokken.

Noltenius (Bremen) spricht gegen die in letzter Zeit von so vielen Seiten empfohlenen complicirten Instrumente.

Knick (Leipzig) hat die Sturmann'sche Operation 15mal ausgeführt, ist mit dem Resultat nicht sehr zufrieden. Er ist zur Luc-Caldwell'schen Operation zurückgekehrt.

Halle (Berlin) ist mit der Thränensackoperation sehr zufrieden, in 81 Fällen glänzender Erfolg.

Reinking (Hamburg) macht darauf aufmerksam, dass die von Richter mitgetheilte Operation der Kiefercysten bereits vor Jahren von Jacques beschrieben wurde.

Schlusswort: Halle (Berlin): Eine geschützte Fräse, ähnlich der Rethischen, wurde schon von Fletscher-Ingals construirt, man bekommt aber damit zu kleine Oeffnungen. Auch H. operirt nur Fälle, die mit andern Methoden nicht ausheilen, nach der beschriebenen Art.

v. Eicken (Giessen) warnt dringend davor, acute Stirnhöhleneiterungen zu spülen oder endonasal zu behandeln, da ist Schwitzen und Bettruhe am Platze.

XL. Caesar Hirsch (Stuttgart): Aneurysma der Carotis interna.

Vortr. berichtet über ein bei einem 6jährigen Bergmannssohn in der Kattowitzer Ohrenklinik (Dr. Ehrenfried) beobachtetes Aneurysma der linken A. carotis interna, das bei bestehender chronischer Mittelohreiterung nach der Paukenhöhle geplatzt war. Dem Herkommen gemäss wollte Vortragender nach Radicaloperation die blutende Stelle am Paukenhöhlenboden aufsuchen, um die Blutung von dort aus zu stillen zu versuchen. Allein schon vor der Operation trat gleich beim Auflegen der Chloroformmaske Narkosetod ein (der Kehlkopfeingang war durch die Blutung in die seitlichen Halsweichtheile hochgradig verlegt). Trotz sofortiger Denker'schen Intercricotomie mit Sauerstoffathmung, intravenöser Adrenalin-Kochsalzinfusionen und Kampfer kehrte das Leben nicht wieder. Bei der sofort vorgenommenen Autopsie fand ich eine Fissur am Paukenhöhlenboden und ein etwa hühnereigrosses Aneurysma.

Vortr. würde in Zukunft derartige Fälle mehr vom hals- und weniger vom ohrenärztlichen Standpunkt betrachten, das Ohr also, wenn nicht dringendere Symptome vorliegen sollten, in Ruhe lassen und nur in Localanästhesie die Carotis communis unterbinden.

Zum Schlusse würdigt Vortr. die bisher beobachteten Fälle von Carotisaneurysmen einer kurzen Betrachtung.

XLI. Marschik (Wien): Demonstrationen: 1. Verbessertes Salpingoskop nach Gatscher-Marschik-Leiter.

Durch ein über dem optischen vorderen Fenster verschiebbares Prisma wird auch die hintere Epipharynxwand sichtbar, auf die man bisher bei der Untersuchung mit dem Salpingoskop hatte verzichten müssen. Es sind weitere Versuche im Zuge, auch hiermit photographische Aufnahmen des Nasenrachenraumes zu ermöglichen. Eine aufgesetzte Spülröhre gestattet Bougierung, Durchlassung und Durchspülung der Tube.

2. Beleuchtungsvorrichtung an dem Spatelhaken zur Schwebelaryngoskopie.

Hinter die Oberkieferplatte kommt ein leicht auswechselbares lichtstarkes Lämpchen, welches in die Gaumenaushöhlung sich einfügt und den Stirnreflector entbehrlich macht.



b) Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Otologie, Rhinologie.

Rhino-laryngologischer Theil.

Sitzung vom 10. März 1913.

Luc: Ueber zwei Fälle von Eiterung der Stirn- und Kieferhöhle.

Beide Fälle wurden unter localer Anästhesie operirt. Während jedoch der eine Fall prompt ausheilte, hatte der zweite Fall in Folge von verschiedenen Complicationen eine Reihe von Operationen benöthigt.

König: Verwachsung zwischen Uvula und Zungenmandel.

Vorstellung des Falles.

Luc: Narbige Verwachsung der Gaumenbögen der einen Seite mit der anderen Seite.

Ursache ist Lues. Guisez hat eine Reihe von Prothesen und Operationen ersonnen, um die Synechie offen zu halten. Bisher hat sich die Synechie immer wieder eingestellt.

Monnier: Glasstück im Pharynx.

Nach einem Wagenunfall drang ein Stück Fensterscheibe von unten in den Rachen ein und fixierte sich in der Zungenbasis. Kein grösseres Gefäss wurde verletzt. Fremdkörper wurde erst nach einem Monat extrahirt.

Guisez: Vorstellung von Patienten. a) Epitheliom der linken Nasenhöhle. b) Epitheliom des unteren Drittels der Speiseröhre. Besserung nach localer Application von Radium. c) Kaffeebohne in der Trachea eines 12 Monate alten Kindes. Extraction mittels Tracheoskopie. d) Congenitale Faltenbildung im unteren Drittel der Speiseröhre.

S. A. Weill: Vorstellung einer Dauercanüle für Kieferhöhlenspülung. (Bei Collin).

Sitzung vom 10. Juli 1913.

Rob. Foy: Behandlung des Stotterns mittels des Ductophons.

Der vom Autor erfundene Apparat gestattet die Selbstbehandlung. Er stellt an die Aufmerksamkeit der Patienten keine Anforderungen, weshalb Patienten jeglichen Intelligenzgrades behandelt werden können.

Sitzung vom 10. November 1913.

G. Laurens: a) Schleimpolyp der Nasenhöhle bei einem Neugeborenen.

Der Fall erschien dem Autor so ungewohnt, dass er sich bei einem Geburtshelfer Rath erholte. Da dieser ein Angiom diagnosticirte, so widerrieth er jede Behandlung. Die Dyspnoe, an der das Kind litt, drängte jedoch zur Operation. Infolgedessen machte Laurens die Rhinotomia sublabialis, erweiterte die Apertura piriformis und entfernte so ohne jegliche Blutung einen einfachen Nasenpolypen.

b) Ethmoiditis infolge von Myriapoden.

Patientin ist ein 10jähriges Mädchen. Es wurde das Siebbeinlabyrinth aus-



geräumt und bei dieser Gelegenheit einige lebende Myriapoden „Geophibus Carpophagus" mitentfernt.

Furet: Beitrag zur Behandlung der Verbiegung des Septums.

In die concave Seite wird unter die Schleimhaut Paraffin eingespritzt und dadurch die Schleimhaut von der Knorpelunterlage, d. h. vom Vorsprung entfernt. Dieser Vorsprung wird dann mit einem Messer sammt der bedeckenden Schleimhaut entfernt. Sollte noch ein Stück verbogenen Septums übrig bleiben, so wird es mit dem Eperotom von Moure oder Camalt Jones entfernt. Die ganze Operation dauert 5 Minuten und kann von einem Anfänger gemacht werden.

A. Nepveu: Ueber die Ausrottung der fibrösen Nasenrachenpolypen.

Im Anschlusse an einen Fall, der seit 20 Monaten recidivfrei geblieben ist, theilt N. seine Operationsmethode mit. Eingehen von der Mundhöhle aus, Abhebelung des Polypen von seiner Verwachsung und Ausreissung des grösseren Theiles. Bleiben Fortsätze in Orbita, Nase, Sinus zurück und lässt der Zustand des Patienten eine weitere Operation nicht zu, so tamponirt N., lässt den Tampon 36 Stunden liegen und geht unter allgemeiner Narkose an die Eradication der restirenden Theile.

Discussion:

Laurens macht aufmerksam, dass die schwere Formen dieser Tumoren jetzt dank den Fortschritten der Rhinoskopie eine Seltenheit geworden sind. Für die Operation befolgt er so weit es geht immer den nahesten Weg durch die Mundhöhle ohne jede Nebenoperation. Hierzu leistet ihm die Zange von Lubet-Barbon die besten Dienste. Als Nebenbehelf: Lagerung am hängenden Kopf und die Blut-Aspiration nach seinem Vorschlag. Ist auf diesem Wege die Exstirpation nicht möglich, so macht Laurens die Rhinotomia sublabialis (Operation von Rouge) mit Verbreiterung der Apertura pyriformis. In keinem Falle soll man sich zum Schnitt von aussen verleiten lassen.

Lubet-Barbon: Seine Zange leistet thatsächlich gute Dienste, nur muss man herzhaft zufassen, nachdem man den Tumor ringsherum von seinen Verwachsungen befreit hat.

Sieur: Man darf niemals Reste des Tumors übrig lassen. In einem seiner Fälle kam es 8 und 12 Tage nach einer solchen unvollständigen Operation zu colossalen Blutungen, die den Tod herbeigeführt haben. Bei der Section erkannte man, dass die Blutung aus einem kirschgrossen Zapfen, der die Keilbeinhöhle ausgefüllt hatte, herstammte. Die Operation von Rouge giebt bei weitem nicht den Zugang, den der paralateronasale Schnitt (nach Moure) giebt. In einem anderen Falle hat Sieur auf diesem Wege Fortsätze eines Nasenrachenfibroms entfernt, die die Stirn- und Kiefernhöhle sammt den Siebbeinzellen infiltrirt hatte. Patient ist mitten im Fieber und Erysipel aus vitalen Indicationen operirt worden. Heilung.

Guisez: Es giebt keine Technik, die für alle Nasenrachentumoren passt. Der häufigst zu betretende Weg ist der buccopharyngeale. Man muss mit den



ausgezeichneten Ruginen von Doyen den Tumor von seiner Anheftung lospräpariren und namentlich rasch operiren.

G. Mahu: Adenom des weichen Gaumens.

Der Tumor war eingekapselt und ging vom vorderen Gaumenbogen aus.

Würtz: Transportables Besteck für otorhinolaryngologische Instrumente.

Sitzung vom 9. December 1913.

Grossard: Nasenrachenfibrom.

Die ersten Symptome sind bei dem jetzt 39jährigen Patienten vor 9 Jahren aufgetreten. Es sind seither wiederholt unvollständige Eingriffe von der Nase aus vorgenommen worden, die zweimal von einer Erleichterung gefolgt waren. Grossard macht alle 8 Tage eine tiefe galvanokaustische Aetzung in den Tumor. Patient weist einen Exophthalmus, leichte Amaurose und Vortreibung der Wände der Kieferhöhle auf.

Discussion:

Luc glaubt, dass es sich um einen Tumor handelt, der seinen Hauptsitz in der Kieferhöhle hat. Er ist der Meinung die Kieferhöhle radical zu eröffnen, um den Tumor von dort zu exstirpiren.

Lubet-Barbon ist derselben Meinung und möchte mit der radicalen Operation nicht zögern, weil der Visus des Patienten auf dem Spiele steht.

Guisez: Schwere Synechie der Gaumenbögen definitiv geheilt mittels Radium.

Es handelt sich um die früher vorgestellte Patientin, bei der viele operative Versuche fehlgeschlagen hatten, und die seit 8 Monaten mittels Radiumbehandlung von ihrer Synechie befreit worden ist.

b) Congenitale Faltenbildung im mittleren Drittel des Oesophagus. 35jährige Patientin leidet seit 15 Jahren an Schluckbeschwerden. Dilatationsbehandlung gefolgt von circulärer Electrolyse haben das Innere des Oesophagus wieder hergestellt. Patientin ist früher als krebskrank behandelt worden.

c) Nasenrachenpolyp. 16jähriger Knabe, auswärts vergeblich behandelt. Spaltung des Gaumens seitlich von der Mittellinie und Ausreissung des Tumors bei herabhängendem Kopfe. Nasenrachentamponade. Heilung.

Pasquier: Ein Rhinolith.

Gewicht 2 g, bei einer Frau von 62 Jahren.

Sieur: Nasenrachenpolyp.

Vorstellung des Falles, von dem in der Discussion (s. o.) die Rede war. Die Operation nach Moure hat bequemen Zugang zum Tumor gestattet.

Sieur: Doppelseitige Sinusitis fronto-ethmoidalis und spätere Complication.

Patient hat eine doppelseitige Eröffnung der Stirn- und Siebbeinhöhlen so gut durchgemacht, dass er den marokkanischen Feldzug mitmachen konnte. Vom Feldzug heimgekehrt, erkrankte er unter cerebralen Symptomen infolge eines

Schnupfens. Sieur stellt einen Monat später die Existenz einer Sinusitis ethmoidalis mit Exophthalmus und Beginn von Sehnervenatrophie fest. Patient wird operirt. Die cerebralen Erscheinungen schwinden, doch macht die Erblindung Fortschritte und ist im Momente der Vorstellung der Visus beiderseits gleich null. Das Lumbalpunctat ist normal. Keine Dehiscenz am Schädeldach. Eine Pachymeningitis ist nicht wahrscheinlich.

Sieur: Ethmoiditis mit Exophthalmus.

Patient an Albuminurie leidend, klagt über fötiden einseitigen Nasenfluss seit einigen Monaten. Exophthalmus seit 3 Tagen. Ausräumung des Siebbeins von der Nase aus. Während der Operation verschwindet der Exophthalmus und bessert sich der Visus. Vor der Operation zeigte die Papille eine anormale Dilatation der Gefässe.

Reverchon: Linksseitige Stimmbandlähmung infolge von skirrhösen Krebses der Schilddrüse.

Reverchon: Fibro-myxomatöser Tumor der Zungenbasis.

Trotz der Gutartigkeit des Tumors ist derselbe nach der ersten Operation fast sofort recidivirt. Bei der neuen Operation ist die Wange nach Jaeger eingeschnitten worden.

Gazare: Angina Vincenti mit Arsenobenzol behandelt. Es wurde das Pulver direct auf die beiden Geschwüre aufgestreut. Schon nach der ersten Einstäubung Besserung. Heilung in 3 Sitzungen. Lautmann (Paris).

IV. Briefkasten.

XXI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Die Versammlung fand am 29. und 30. Mai in Kiel statt. Ueber den dort gefassten Beschluss, bei dem Organisationscomité des nächsten Internationalen Medicinischen Congresses zu beantragen, dass die laryngologische und otologische Section zu einer Section verschmolzen werde, handelt der Leitartikel dieses Heftes. Nach Annahme dieses Beschlusses wurde ferner beschlossen, dahin zu wirken, dass auch auf den Versammlungen Deutscher Naturforscher und Aerzte künftighin beide Fächer eine Section bilden sollten.

In Rücksicht darauf, dass 1915 in Deutschland der IV. Internationale Laryngo-Rhinologencongress stattfindet, wurde beschlossen, die Tagung des Vereins im nächsten Jahre ausfallen zu lassen; als Ort für die in zwei Jahren stattfindende Versammlung wurde Cöln gewählt.

Die Wahl Killian's zum Vorsitzenden des IV. Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses wurde bestätigt.

Zum Vorsitzenden des Vereins wurde Hoffmann (Dresden) gewählt.

Den Bericht über die Kieler Verhandlungen finden unsere Leser in diesem Heft.

Société belge d'oto-rhino-laryngologie.

Die nächste Versammlung findet am 11. und 12. Juli in Brüssel, Hôpital Saint-Jean, statt. Anfragen sind zu richten an den Schriftführer Dr. A. Capart Fils, Rue d'Egmont 5.



Internationaler Congress für Chirurgie.

Der Internationale Chirurgencongress beginnt am 27. Juli in London.

Ein Abend ist der Chirurgie der Nase und des Halses gewidmet. Schmiegelow (Kopenhagen) spricht über: Die Resultate von Operationen (Laryngofissur) wegen Kehlkopfcarcinom. Correferent: St. Clair Thomson.

J. M. West (Berlin) hält einen Vortrag über: Die intranasale Chirurgie des Thränenapparates nach Erfahrungen an über 225 Operationen. Correferent: D. R. Paterson (Cardiff).

Generalsecretair des Congresses ist Dr. Franklin Martin, London W., 1. Wimpole Street.

Personalnachrichten.

Die Herren Dr. Thost und Ludewig (Hamburg) sowie unser werther Mitarbeiter Dr. Albrecht (Berlin) haben den Professortitel erhalten.

Dr. Heinrich Herzog (München) wurde als ausserordentlicher Professor für Oto- und Laryngologie als Nachfolger Juffinger's an die Universität Innsbruck berufen.

Dr. Castellani hat sich für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Genua, Dr. Vitto-Massei für dasselbe Fach an der Universität in Rom habilitirt.

Für die Redaction verantwortlich Prof Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, August. 1914. No. 8.

I. Offener Brief an den Herausgeber.

2 Rodney Place Clifton Bristol, 3. Juli 1914.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Ihr Leitartikel in der No. 7 des Centralblatts über „Die Stellung der Laryngologie auf den Internationalen medizinischen Kongressen" ist ein zeitgemässer Protest gegen den wirklich ausserordentlichen Vorschlag, die Laryngologie und Otologie auf dem nächsten internationalen Kongress in München im Jahre 1917 in eine einzige Sektion zu verschmelzen. Für viele Laryngologen und Otologen bedeutet Ihre Mittheilung die erste Nachricht vom Rückschritt zu einem Gedanken, den sie bereits als eine historische Reminiscenz betrachtet hatten und von dem sie es nicht für möglich gehalten haben würden, dass er von neuem aufgenommen werden würde. Sie haben die gegen diesen Antrag sprechenden Gründe so trefflich hervorgehoben, dass es nicht nothwendig ist, denselben weitere hinzuzufügen. Gewiss vereinigen viele Specialisten in ihrer Praxis Laryngologie und Otologie, nicht wenige mit diesen Fächern die Ophthalmologie oder die Krankheiten der Lungen. Zur ersten Kategorie gehöre ich selbst und viele meiner britischen Kollegen. Aber was hat das mit der Frage zu thun, die Sie so richtig aufwerfen? Jedem, der im letzten Jahre den Internationalen Kongress in London besucht hat, muss es klar geworden sein, wie enorm schwierig es war, das in den beiden Sectionen Laryngologie und Otologie dargebotene riesige Material in der zur Verfügung stehenden Zeit zu erledigen. Nun gar die beiden Specialfächer in eine einzige Section zu verschmelzen, bedeutet, beiden einen Strick um den Hals legen und sie in ihrer natürlichen Entwicklung ersticken. Nicht wenige Specialisten, die

sonst gern an der Arbeit des Kongresses teilnehmen würden, werden fühlen, dass es unter solchen Umständen kaum wert ist, sich an derselben zu beteiligen. Will man durchaus Veränderungen vornehmen, so stände es viel mehr im Einklang mit der sich immerwährend vergrössernden Basis unserer Praxis, ein drittes unabhängiges Fach zu gründen, nämlich die Rhinologie, und der Laryngologie die Gelegenheit zu geben, die neuern Fortschritte namentlich in der Tracheo-Bronchoskopie und in der Oesophagoskopie in ihrem eigenen Kreise eingehend zu erörtern, während Fragen, welche gleichzeitig die Rhinologie, Laryngologie und Otologie berühren, in gemeinsamen Sitzungen verhandelt werden könnten. Jedenfalls aber sollten, wenn man dem Münchener Kongress hinsichtlich unserer Specialfächer einen vollen Erfolg wünscht, die beiden bisher bestandenen Sectionen, Laryngologie und Otologie, unverändert bestehen bleiben.

Ihr ergebener

P. Watson Williams
M. D. Lond.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Untersuchungsmethoden, Arzneimittel.

1) **Labarre. Besuch einiger der hauptsächlichen oto-rhino-laryngologischen Kliniken des Auslandes. (Visite à quelques-unes des principales cliniques oto-rhino-laryngologiques étrangères.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 1. 1914.*

Verf. schildert die Eindrücke, die er beim Besuch der Kliniken in England, Deutschland und Oesterreich-Ungarn erhalten hat, und schliesst daran Erörterungen darüber, wie heutzutage eine otolaryngologische Klinik beschaffen sein soll.

PARMENTIER.

2) **George E. Laland. Die Entwicklung und Ausdehnung der Grenzen der Laryngologie. (The development and extension of the limits of laryngology.)** *The Laryngoscope. December 1913.*

Vortrag, gehalten auf der 35. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngol. Association Washington Mai 1913.

EMIL MAYER.

3) **A. Barth** (Leipzig). **Die Kehlkopferkrankung in der Tuberculosefürsorge.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1913.*

In allen Universitätskliniken ist eine besondere Abtheilung für Lungentuberculose einzurichten. Eine Abtheilung für Kehlkopftuberculose ist entweder dieser anzugliedern oder unter Aufsicht des Laryngologen zu stellen. — In allen Sanatorien für Lungenkranke sind hier auch Kehlkopfkranke aufzunehmen oder, wenn das nicht angeht, sollen wenigstens die Sanatorien, in denen Kehlkopfkranke behandelt werden, als solche bekannt gemacht werden. — Alle Aerzte sind im Staats-

examen auch in der Laryngologie von einem Fachvertreter zu prüfen. Speciallaryngologen haben ausserdem eine besondere Ausbildung in diesem Fache nachzuweisen, desgleichen die Leiter von Lungenheilanstalten. ZARNIKO.

4) **A. Ghon** und **B. Roman. Pathologisch-anatomische Studien über die Tuberculose bei Säuglingen und Kindern.** *Sitzungsbericht der Wiener Kaiserl. Academie der Wissenschaften. H. 4—7. 1913.*

Die Pharynxtonsille zeigte sich unter 27 Fällen 13mal tuberculös erkrankt, in 6 Fällen konnte der Nachweis auch histologisch erbracht werden. Da nicht alle Fälle histologisch untersucht wurden, so dürfte die tuberculöse Erkrankung der Rachentonsille im Kindesalter noch häufiger sein. In keinem Falle handelte es sich um eine primäre Erkrankung der Rachentonsille, sondern stets um secundäre Veränderungen. FINDER.

5) **V. Gimeno** (Madrid). **Die Opsoninmethode und Vaccinetherapie nach Wright bei den Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (El metodo opsonico y la vaccinoterapia de Wright en las enfermedades de la garganta, narez y oidos.)** *Rev. Espagn. de laringologia. Februar 1914.*

Die Methode hat gute Resutate gegeben bei Rhinitis atrophicans und bei Angina Ludovici, bei den anderen Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren ist kaum eine Einwirkung der Vaccinetherapie zu constatiren gewesen.

GARCIA VICENTE.

6) **Chevalier Jackson. Die neueren Fortschritte in den endoskopischen Methoden bei deren Anwendung auf Kehlkopf, Trachea, Bronchien, Oesophagus und Magen. (The recent progress of endoscopic methods as applied to the larynx, trachea, bronchi, esophagus and stomach.)** *The Laryngoscope. Juli 1913.*

Referat, gehalten auf dem Internationalen Medicinischen Congress London 1913. EMIL MAYER.

7) **John A. Pratt. Directe Kehlkopfuntersuchung. (Direct laryngeal examination.)** *New York med. journ. 24. Mai 1913.*

Es handelt sich um einen directen Spatel, bei der die Batterie im Handgriff angebracht ist und deshalb leicht transportabel ist. EMIL MAYER.

8) **Georges Rosenthal. Bronchialverschliessung und endopulmonale Plombirung mittels directer Bronchoskopie, ein neues experimentelles Verfahren zur Ausschaltung von Lungenabschnitten. (L'obturation bronchique et le plombage endopulmonaire par bronchoscopie directe, nouveaux procédés expérimentaux d'exclusion de territoires pulmonaires.)** *Société de thérapeutique. 27. Mai 1914.*

Verf. hat beim Hunde Versuche gemacht, die darin bestehen, dass eine Dermatolpaste, die im Wasserbade erweicht ist und in diesem Zustande in eine Spritze hochgezogen wird, auf tracheoskopischem Wege eingespritzt wird, um bestimmte Lungenabschnitte auszuschalten. Das Resultat kann auf dem Röntgenbild controllirt werden. Als Möglichkeiten, die für die Anwendung beim Menschen in Betracht kommen, führt Verf. auf: Abschliessung eines kranken Lungenabschnittes, Ausschaltung und Ruhigstellung eines solchen und vor allem zur Blutstillung bei schweren Hämoptysen. GONTIER DE LA ROCHE.

9) **M. Sourdille. Die endobronchiale Behandlung des Asthma. (Le traitement endobronchique de l'asthme.)** *Presse médicale. No. 13. 1914.*

Es wird für practische Aerzte oder Laryngologen, die nicht bronchoskopiren wollen, die bekannte Ephraim'sche Methode mit Leitungsrohr und Zerstäuber empfohlen. Die Beschreibung, die S. von der Technik giebt, die er bei Ephraim gelernt hat, ist äusserst klar. Es ist fraglich, ob eine solche Vulgarisation der Methode zum Vortheil gereichen kann. Die Resultate, die Sourdille angiebt, ergaben 60 pCt. Heilung.

LAUTMANN.

10) **L. van den Wildenberg. Extraction von Fremdkörpern aus den unteren Athmungs- und Speisewegen. (Extraction de corps étrangers des voies respiratoires inférieures et digestives.)** *Anvers médical. No. 3. März 1914.*

I. Bronchoskopische Fremdkörper: Cravattenkopf im linken Bronchus eines 11 Monate alten Kindes; Extraction mittels oberer Bronchoskopie. Zwei Fischgräten im Bronchus eines 11 Monate alten Kindes; bronchoskopisch extrahirt.

II. 15 Fremdkörper des Oesophagus; in 14 Fällen (Knochenstück, Gebiss, Pfeife, Münzen) Heilung durch Oesophagoskopie; in einem Fall (Gebiss) Heilung durch Oesophagotomie nach vergeblicher Anwendung der Oesophagoskopie.

PARMENTIER.

11) **Botey** (Madrid). **Oesophagoskopie und Tracheobronchoskopie in Radfahrerposition. (La oesofagoscopia y la tragueobroncoscopia en la posicion de biciclista.)** *Archivos de laringologia. März 1914.*

Verf. hat gefunden, dass in dieser Position sich die directen Methoden viel besser anwenden lassen. Es ist das dieselbe Stellung, die Mouret (Montpellier) empfohlen hat, jedoch hat B. dafür einen besonderen Stuhl construirt.

GARCIA VICENTE.

12) **Wolff Freudenthal. Schwebelaryngoskopie nebst Demonstration der Methode. (Suspension laryngoscopy with demonstration of method.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Juni 1913.*

Verf. resumirt seine Ansicht folgendermaassen: „Wenn auch die Schwebelaryngoskopie nicht im Stande ist, eine Umwälzung auf dem ganzen Gebiet der Laryngoskopie herbeizuführen, noch in der grossen Mehrzahl der Fälle die alten bewährten Methoden zu ersetzen, so wird sie doch von grossem Nutzen in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht sein. In den zahlreichen Fällen, wo wir durch ihre Hülfe einen klaren Ueberblick über das Operationsfeld gewannen, hat sie sich als von unvergleichlichem Werth erwiesen".

EMIL MAYER.

13) **Kahler** (Freiburg i. B.). **Die Schwebelaryngoskopie nach Killian.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. S. 143. 1913.*

Bericht über Erfahrungen an 20 Fällen. Verf. empfiehlt die Methode u. A. zur Anästhesirung und Anämisirung des Kehlkopfes vor extralaryngealen Eingriffen (Laryngofissur, Exstirpation).

ZARNIKO.

14) **James Donelan. Kritische Bemerkung über den Werth der Pituitrinpräparate bei operativen oder postoperativen Blutungen. (A critical note on the value of pituitrine preparations in reducing operation or post-operation haemorrhage.)** *Journal of laryngology. Juli 1913.*

Die enthusiastische Empfehlung Citelli's (Ref. Centralbl. S. 589, 1913) veranlasste den Verf., ebenfalls Pituitrinpräparate zu gebrauchen. Er hat es in 25 Fällen, darunter 5 intranasalen Eröffnungen der Oberkieferhöhle nach seiner Methode, 12 Abtragungen der mittleren Muschel, 6 Tonsillektomien und 2 Mastoidoperationen gebraucht. Auf Grund seiner Erfahrungen ist Verf. nicht geneigt, das Pituitrin dem Adrenalin zur Blutstillung bei Operation vorzuziehen; es scheint in seiner Wirkung nicht so zuverlässig zu sein, wie dieses. A. J. WRIGHT.

15) **Johann Lang** (Prag). **Zur Therapie der Entzündungen im Mund, Rachen und Kehlkopf.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1913.*

Von 16 durchgeprobten Mitteln bewährte sich Verf. am besten das Pyocyaneoprotein Honl zur Bekämpfung von Anginen und deren Complicationen, ferner bei der Stomatitis aphthosa und der acuten Laryngitis.

Bei der Pharyngitis chronica nützte Formalinlösung nach Rosenberg als Gurgelwasser. ZARNIKO.

16) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber Noviform.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. 1913.*

Noviform, ein verbessertes Xeroform (chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul) hat sich Verf. in der rhinologischen Praxis als antiseptisches und secretionsbeschränkendes Mittel gut bewährt. ZARNIKO.

17) **Ferdinand Winkler** (Wien). **Ueber die Verwendung des Noviforms in der Rhinologie.** *Fortschritte der Medicin. No. 19. 1914.*

Verf. benutzt das Mittel zu pulverförmigen Einblasungen, wie als Noviformgazestreifen. Nach Conchotomien wirkt es austrocknend und secretionsbeschränkend. Nach Noviformgebrauch kommen die bisweilen nach Nasenoperationen auftretenden anginaähnlichen Erkrankungen nur selten zur Beobachtung. Gegenüber dem Xeroform hat es den Vortheil, dass es nicht riecht und mit dem Secret keine Borken bildet. Bei Ozaena wirkt es secretionsbeschränkend und desodorirend.

SEIFERT.

18) **von Gaza** (Leipzig-Gohlis). **Gewebsnekrose und arterielle Arrosionsblutung nach Anwendung alter Novocainlösungen zur Infiltrationsanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1913.*

Sehr üble Folgen (monströse Oedeme, Nekrosen von Weichtheilen und Knochen, Arrosionsblutungen) veranlassen den Verfasser, dringend vor der Anwendung alter Novocainlösungen zur Infiltrationsanästhesirung zu warnen.

ZARNIKO.

19) **Haenlein** (Berlin). **Yatren in der Oto-Rhino-Laryngologie.** *Med. Klinik. No. 18. 1914.*

Bei acuter und chronischer Rhinitis und bei Tonsillitis hat sich Yatren, ein-

resp. aufgeblasen, gut bewährt. Für Larynxaffectionen scheint Mentholöl geeigneter als Yatren-Paraffinöl.

SEIFERT.

20) **Sommerfeld** (Berlin). **Pertussin bei der Behandlung von Erkrankungen der Luftwege.** *Med. Klinik. No. 10. 1914.*

Gute Erfolge mit grossen Dosen von Pertussin bei Keuchhusten und Lungentuberculose. Erwachsenen 3stündlich einen Esslöffel voll, Kindern je einen Kaffeelöffel voll.

SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

21) **T. W. E. Ross. Einige Beobachtungen über die Nervenversorgung der unteren Muschel dargestellt mittels vitaler Färbung. (Some observations on the nerve supply of the inferior turbinal as shown by vital staining.)** *Journ. of laryng. Februar 1913.*

Verf. hat 25 mittels Operation entfernte untere Muscheln mit der vitalen Methylenblaufärbung untersucht. Aus den Untersuchungsresultaten, deren Details sich im Referat nicht wiedergeben lassen, geht hervor, dass die unteren Muscheln eine reichliche und complicirte Nervenversorgung haben. Am grössten ist diese Complicirtheit in den subepithelialen Schichten. Hier finden sich verschiedene Arten von Nervenendigungen, von denen am meisten ins Auge fällt ein durch Bündel von Nervenfibrillen gebildeter Plexus, der am besten im vorderen Drittel der Muschel sichtbar ist. Die markhaltigen Fasern scheinen vorzugsweise bestimmt, im Epithel zu endigen, mit Ausnahme derjenigen, die Fasern zu den Capillaren und anderen Gebilden in der Subepithelialschicht abgeben. Einige markhaltige Fasern endigen in der Subepithelialschicht und ihre Endverzweigungen bilden daselbst einen weitmaschigen Plexus. Die Nervenversorgung der subepithelialen Capillaren ist sehr reichlich.

A. J. WRIGHT.

22) **E. A. Griffin. Turbinotomie. (Turbinotomy.)** *Medical Record. 20. Dec. 1913.*

Verf. findet, dass, seitdem die submucöse Septumresection in Aufnahme gekommen ist, die partielle Abtragung der Muschel seltener gemacht wird; er steht auf dem Standpunkt, dass, wenn Erscheinungen von Nasenverstopfung vorliegen und eine mässig grosse Muschel und eine leichte Verbiegung des Septums sich findet, er es vorzieht, ein Stück der Muschel zu excidiren, als die submucöse Septumresection zu machen.

EMIL MAYER.

23) **B. v. Török** (Budapest). **Blutstillung nach Muscheloperationen.** *Budapesti orvosi ujság. No. 38. 1913. Beilage Fülészet. No. 1.*

Auf die Wundfläche wird ein mit Collodium imprägnirter Vioformgazestreifen applicirt und bis zur Austrocknung mit in Paraffinöl getauchten Wattetampons fixirt, welche sehr bald entfernt werden. Die Collodiumgaze wird am dritten Tage entfernt. 150 Fälle sind auf diese Weise ohne Nachblutung ambulant operirt und behandelt worden.

POLYAK.

24) **Lenn Emerson. Nasenblutung nach Turbinektomie bei einem Hämophilen, mit Injectionen von menschlichem Blutserum behandelt. (Nasal hemorrhage following turbinectomy in a hemophilic treated by the injection of human blood serum.)** *Annals otology, rhinol. and laryng. März 1913.*

36jähriger Mann. Man hatte versucht, durch Injection von 2000 I.-E. Diphtherieantitoxin und Tamponade die Blutung zu stillen. Pat. musste 8 Tage nach der Operation aufrecht sitzen, da bei jeder Bewegung die Blutung von neuem anfing. Nachdem er schon nach Hause entlassen war, trat zwei Wochen nach der Operation von neuem eine Blutung auf. Es wurde nun dem Patienten zuerst drei Mal täglich 20 ccm Blutserum, gewonnen aus dem Blut seines Bruders, subcutan injicirt; es war sofort eine deutliche Wirkung zu constatiren, nach zwei Tagen wurden die Injectionen weniger häufig gemacht; als sie auf täglich eine reducirt waren, kehrten die Blutungen wieder, jedoch in erheblich geringerem Masse. Verf. verschaffte sich nunmehr Serum von einem gesunden Manne und es wurden nun wieder drei Mal täglich 20 ccm injicirt. Nach weiteren drei Tagen wurde die Tamponade definitiv entfernt.

EMIL MAYER.

25) **H. Bordier. Elektrische Behandlung des Rhinophym.** *Zeitschr. f. Röntgenkunde. H. 10. 1913.*

Verf. führt drei Platin-Iridiumnadeln ein in einer Entfernung von 2 mm von einander derart, dass die mittlere Nadel den positiven Pol bildet; bei empfindlichen Individuen macht er den Eingriff unter Novocain-Suprareninanästhesie. Man steigt allmählich in der Stromstärke bis zu 40 M.-A. und lässt das Gewebe grau werden. Nach Beendigung der Elektrolyse Abtupfen mit Wasserstoffsuperoxyd. Das mortificirte Gewebe stösst sich ab.

FINDER.

26) **Eugene Vausant. Paraffinprothese; Technik und Bericht über Fälle. (Paraffin nasal bridge building. Technic and report of cases.)** *The Laryngoscope. September 1913.*

Verf. mischt ein reines weisses Paraffin — Schmelzpunkt ca. 58° C — und weisses Petrolat — Schmelzpunkt ca. 40° C — und zwar im Gewichtsverhältniss von annähernd 437:480. Nachdem die Mischung abgekühlt ist, wird sie vorsichtig im Wasserbad erwärmt, um den Schmelzpunkt festzustellen. Ist dieser zu hoch, so wird von dem Petrolat hinzugethan und umgekehrt. Mischungen von 42° Schmelzpunkt sollen nicht gebraucht werden.

EMIL MAYER.

27) **Jacques Joseph** (Berlin). **Beiträge zur totalen Rhinoneoplastik.** Mit 9 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1914.*

Nach kritischer Besprechung der Nomenclatur, bezüglich deren Autor unter Beibehaltung des Wortes „Rhinoplastik“ als Gesammtbegriff für alle Arten der chirurgischen Nasencorrectur für die Nasenverkleinerungsplastik das Wort „Rhinomioplastik“, für die Nasenrichtungsplastik die Bezeichnung „Rhinorthoplastik“ und für die Nasenersatzplastik das Wort „Rhinoneoplastik“ vorschlägt, wobei er noch zwischen totaler und partieller Rhinoneoplastik unterscheidet, erörtert Verf. die Geschichte der Nasenersatzoperationen und die Entwicklung der einzelnen Methoden, um anschliessend in eingehender, kritischer Weise sein derzeitiges Ope-

rationsverfahren mit seinen durch instructive Abbildungen bewiesenen Erfolgen zu schildern. In drei Capiteln („Ersatz der fehlenden Nasenhaut“, „der osteoplastische Ersatz des Nasengerüstes“ und „die chirurgische Modellirung der neugebildeten Nase“) lernen wir den Gang der einzelnen Operationen bis zum endgültigen Abschluss kennen. Diese Schilderung der totalen Rhinoneoplastik fasst J. in folgenden Schlussworten zusammen: „Ich empfehle

1. Für den Hautersatz die italienische (brachiale) Methode, jedoch der grösseren Sicherheit wegen mit der von mir angegebenen Schnittführung und meiner vereinfachten Verbandtechnik.

2. Für die Nasengerüstbildung das osteoplastische Profilskelett und zwar durch Einfügung zweier, getrennter Knochenstücke, eines Dorsalstückes für den Nasenrücken und eines etwa 3 cm langen Septalstückes, das zunächst in die Oberlippe gepflanzt, dann mitsammt der bedeckenden Oberlippenhaut als Septum aufgerichtet wird und sich auf den Oberkiefer stützt.

3. Die Reihenfolge der Hauptoperationen zu ändern und zwar zuerst die Armhaut zu überpflanzen und in einer zweiten Hauptoperation die Knochen direct ins Gesicht zu transplantiren; davon den für den Nasenrücken bestimmten grösseren Knochen unter die bereits im Gesicht eingeheilte Armhaut.

4. Für die chirurgische Modellirung der oberen Nasenflügelfurche und der Nasenlöcher, die am Schlusse des Aufsatzes von mir angegebenen Methoden.“

HECHT.

28) **L. v. Uthy** (Budapest). **Ueber die Correction der Sattel- und der schiefen Nase.** *Budapesti orvosi ujság. No. 44. 1913. Beilage Gégészet. No 2.*

Befasst sich hauptsächlich mit der Paraffintechnik.

POLYAK.

29) **Lotheissen. Nasenplastik.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 13. Juni 1913. *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1913.*

L. stellt ein Mädchen vor, bei welchem es sich um einen Defect des Nasenseptums als Folge von Blattern handelt. Die Nase hing auf die Oberlippe herunter. Vortr. hat ein Nasenseptum gebildet durch einen aus der Tibia winkelig geknickten Knochenspahn.

HANSZEL.

30) **J. Broeckaert. Neues rhinoplastisches Verfahren. (Nouveau procédé rhinoplastic.)** *Soc. belge de chirurgie. Journal de chirurgie. Nov./Dec. 1913.*

Es handelt sich um eine Verbesserung des Verfahrens, das Verf. in der Sitzung der Société belge vom Juli 1913 vorgeschlagen hatte. Es besteht darin, dass das heutige Septum ersetzt wird durch zwei horizontale aus der Oberlippe geschnittene Lappen; nach vorn gebracht und mit ihren blutigen Flächen aneinandergeführt, bilden sie eine haltbare Stütze für die neugebildete Nasenspitze.

PARMENTIER.



31) **Wme. Wesley Carter. Operationen zur Correctur von Nasendeformitäten. (Operations for the correction of deformities of the nose.)** *Medical Record. 7. Februar 1914.*

Verf. beschreibt seine neue Methode der Einpflanzung eines Stücks der neunten Rippe, an dessen Aussenseite das Periost erhalten ist. Verf. legt grossen Werth auf die osteogenetische Function des Periosts. Er hat gefunden, dass, wenn die Erhaltung des Periosts auch nicht absolut nothwendig ist, doch die transplantirten Stücke in besserem Ernährungzustand sind. Verf. hat mit seiner Methode sehr gute Resultate erzielt. EMIL MAYER.

32) **Sargnon** (Lyon). **Einige Fälle von Nasenverletzungen und Nasenbrüchen. Prothesen mit lebendem Knorpel und Knochen. (Quelques cas de lésions nasales et de fractures du nez. Prothèses vivantes cartilagineuses et osseuses.)** *Lyon médical. 19. März 1914.*

Verf. berichtet über einige Fälle von Nasencorrectur mit Implantation von Knorpelstücken, die mittels submucöser Resection gewonnen waren und von Knockenstücken, die von der Tibia genommen waren. GONTIER DE LA ROCHE.

33) **W. Brandenburg** (Cassel). **Eine excessive knorpelige Schiefnase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1913.*

Ueber das vortreffliche Resultat der in dem kurzen Artikel geschilderten Behandlung informiren die beigegebenen Bilder. ZARNIKO.

34) **Albanus** (Hamburg). **Plastiken und Prothesen in der Rhinologie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. S. 677. 1913.*

Vorstellungen im Hamburger ärztlichen Verein: 1. Hartparaffinplastik, 2. Periostlappenplastik, beide zur Correctur eingesunkener Stirnhöhlen, 3. Kautschukprothese, 4. Wichmann'scher Ersatz, die beiden letzten zur Correctur von Defecten der äusseren Nase. ZARNIKO.

35) **Max Halle** (Berlin). **Physiologische und kosmetische Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1276. 1913.*

Demonstrationsvortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft. Aus dem kurzen Referat geht hervor, dass Vortr. als physiologische Rhinoplastik die Eingriffe bezeichnet, die dazu dienen, ein zu enges Nasenloch zu erweitern, ein zu weites zu verengern. Die Technik der kosmetischen Rhinoplastik, die von Jaques Joseph ausgebaut aber mit Consequenz unzulänglich beschrieben ist, schildert Vortr. an der Hand anatomischer Bilder ausführlich.

Discussion cfr. den Artikel von Fritz Koch. ZARNIKO.

36) **Fritz Koch** (Berlin). **Neuere Methoden und Fragen der Nasenplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 35. 1913.*

Verf. spricht von der Correctur der Höckernase, der Schiefnase, den Operationen an den Knorpeltheilen, der Ueberpflanzung von Fascien, Sehnen und Aponeurosen, schliesslich von der Paraffinbehandlung.

Es scheint ausserordentlich schwer zu sein, den Gegenstand in einer dem Uneingeweihten verständlichen Weise darzustellen. Ref. kann wenigstens aus den

Ausführungen des Verfs. eben so wenig Klarheit gewinnen, wie aus den früheren von Jaques Joseph.

In der Discussion über die Vorträge von Halle und Koch (Berliner klin. Wochenschr., S. 1319ff., 1913) sprechen Eckstein (Vertheidigung des Hartparaffins, Prioritätsreklamation der Paraffineinlage gegenüber Koch), Evler, J. Jsrael (Prioritätsreclamation der Implantation freier, der Tibia entnommener Knochenspangen), Holländer, Halle, F. Koch, Eckstein.

ZARNIKO.

37) **Passow** (Berlin). **Nasenplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. S. 1680. 1913.*

Vorstellung eines Falles von traumatischer Sattelnase, den Vortr. durch Implantation eines Knochenstücks aus der Tibia mit vortrefflichem Resultat corrigiert hat.

ZARNIKO.

38) **Berard, Cotte, Sargnon** (Lyon). **Endonasale Prothese mit fötalem in Ringer'scher Flüssigkeit seit 6 Monaten conserviertem Rippenknorpel. (Prothèse endo-nasale avec un cartilage costal de foetus conservé dans le liquide de Ringer depuis six mois.)** *Lyon médical. 3. Mai 1914.*

Es handelte sich darum, eine Abplattung des Nasenrückens unterhalb des Knochens auszugleichen; die Implantation vom Knorpel, der im Verlauf einer submucösen Resection gewonnen worden war, hatte nur einen unvollkommenen Erfolg gehabt. Verff. kommen auf Grund der in diesem Fall geschöpften Erfahrung zu folgendem Ergebnis: Ueberpflanzungen selbst mit altem Knorpel werden in der Nase gut vertragen, vorausgesetzt, dass mit vollkommenster Asepsis vorgegangen wird; dies wird erreicht indem man mit schwacher Jodtinctur und Alkohol pinselt und das zu überpflanzende Stück nur mit sterilen Instrumenten anfasst. Im Gegensatz zum lebenden Knorpel hat der conservirte Knorpel eine grosse Tendenz zur Resorption.

GONTIER DE LA ROCHE.

39) **Alagna. Beitrag zur Casuistik der Difformitäten der Nase in Folge von Polypen der Nasenschleimhaut. (Contribution à la casuistique des déformations nasales dues aux polypes muqueux).** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Zwei Schwestern, 11 und 9 Jahre, zeigen eine transversal stark verbreiterte Nase, wobei noch bei einer Patientin die beiden Nasenbeine auseinandergedrängt scheinen. Desgleichen besteht eine Auseinanderschiebung der Nase zwischen knöchernem und knorpeligem Antheil an der Apertura pyriformis. Diese Difformität ist bedingt durch massenhafte Schleimhautpolypen, die die beiden Nasenhälften ausfüllen. Schlingenexstirpation der Polypen. Eine Plastik ist nicht gemacht worden.

LAUTMANN.

40) **Jaques Joseph** (Berlin). **Zur totalen Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 5. S. 228. 1914.*

Vorstellung dreier Fälle in der Berliner med. Ges., die Vortr. nach der von ihm modificirten italienischen Methode operiert hatte. Im ersten Falle erstes Stadium der Operation, Arm noch durch eine Stärkebinde fixirt. Beim zweiten

Falle Operation vollendet, Septum durch Implantation eines Stückes Tibia hergestellt. Der dritte Fall repräsentirte eine Zwischenstufe. ZARNIKO.

41) **Salomon** (Koblenz). **Nasenersatz bei Lupus vulgaris.** *Med. Klinik. No. 6. 1914.*

Mit Wachs wird eine zum Gesicht des Pat. passende Nase modellirt, ein Negativ aus Gyps angefertigt, dieses mit einer entsprechend gefärbten Masse aus Gelatine und Glycerin ausgegossen. Die künstliche Nase braucht nur mit Mastix angeklebt zu werden und kann von einigermaassen geschickten Pat. immer wieder selbst angefertigt werden. SEIFERT.

42) **W. Klestadt. Die Chirurgie der Nebenhöhlen der Nase.** Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. *Berlin 1913.*

Die Arbeit gibt eine ausführliche Darstellung unserer modernen Anschauungen über die Nebenhöhlenerkrankungen. Sie beginnt mit einer kurzen Beschreibung der Anatomie. Es folgen die Verletzungen, die Entzündungen und als letztes die Ozaena und die gutartigen Tumoren. Den breitesten Raum nehmen naturgemäss die entzündlichen Veränderungen ein, die nach Aetiologie, Symptomen, Diagnose und Therapie sehr gründlich behandelt werden. Mit besonderer Sorgfalt wurde die Radikaloperation der Stirnhöhle, ihre Indication und Ausführung bearbeitet. Eine Reihe guter Abbildungen erleichtert das Verständnis der Anatomie und der Operationen. Die Bearbeitung des Stoffes ist übersichtlich und klar, der Stil fliessend. ALBRECHT (BERLIN).

43) **Hugo Zwillinger** (Budapest). **Experimentelle Untersuchungen zur Mechanik der intracraniellen und cerebralen Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Die Methode bei den ausschliesslich an menschlichen Leichen ausgeführten Untersuchungen ist die der indirectiven Injektion, die von den perimeningealen Räumen, speciell vom Subduralraume aus, vorgenommen wurde. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Zusammenhang der perimeningealen Räume, des Subdural- und des Subarachnoidealraumes mit dem Lymphgefässnetze der Stirnhöhlenschleimhaut auf dem Wege der Lymphbahnen der Nasenschleimhaut beim Tiere (Kaninchen) ist bekannt.

2. Der directe Zusammenhang der perimeningealen Lymphräume mit dem Lymphnetze der Stirnhöhlenschleimhaut ist festgestellt.

3. Der Zusammenhang der perimeningealen Lymphräume mit dem Lymphnetze der Stirnhöhlenschleimhaut auf selbständigen, den Knochen passirenden Wegen, ist sichergestellt.

4. Der anatomische Nachweis des Zusammenhanges der Lymphwege der Stirnhöhlenschleimhaut mit den Lymphräumen des centralen Nervensystems beim Menschen ist erbracht.

5. Die Wege, auf welchen intracranielle und cerebrale Complicationen von der Stirnhöhle aus stattfinden können, sind ausser den bekannten, die in directem Zusammenhang mit den perimeningealen Lymphräumen stehenden Lymphwege der Stirnhöhlenschleimhaut. W. SOBERNHEIM.

44) **W. Lindt** (Bern). **Erfahrungen bei der Radicalbehandlung der Eiterungen der Stirn- und Siebbeinhöhlen seit dem Jahre 1902.** *Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.*

Verf. verwirft aus praktischer Erfahrung und theoretischer Erwägung alle Modificationen der Killian'schen Radicaloperation; sie ist nach seiner Meinung die einzige Methode, bei der das ganze Höhlensystem gründlich auch nach der Peripherie freigelegt wird. bei der die frontalen und orbitalen Siebbeinzellen ausgiebig ausgeräumt werden können und zwar unter möglichster Schonung der äusseren Schädelform.

In 10 Jahren hat Verf. 21 Fälle von einfachen oder combinirten Stirnhöhlenvereiterungen nach der radicalen Methode operirt. 16mal wurden Stirnhöhlen- und Siebbeineiterungen geheilt. Die ungeheilten resp. gebesserten Fälle werden unvollständiger Operation zugeschrieben.

Der Boden der Stirnhöhle sollte ausgiebig entfernt werden, ein Stehenlassen seines äusseren und hinteren Teiles (aus Furcht vor Bulbus- oder Trochleaverletzung) hat Verf. ebenso bedauern müssen wie die Nichtresection des Proc. frontalis des Oberkiefers in Fällen, wo nur geringe Mitbetheiligung des Siebbeins angenommen wurde.

Die äussere Operation räth Verf. nur in Fällen, die mit wirklich unerträglichen Beschwerden einhergehen, vorzunehmen, dann aber stets radical.

W. SOBERNHEIM.

45) **Ferd. Müller** (Solothurn). **Erfahrungen mit der radicalen Operationsmethode der chronischen Nebenhöhleneiterungen der Nase. (Expériences faites avec l'emploi de la méthode radicale pour le traitement des suppurations chroniques des sinus.)** *Berner Dissert. Imprimerie Crété. Corbeil 1913.*

Verf. berichtet über 21 Fälle von Operation chronischer Eiterungen der genannten Nebenhöhlen der Nase aus dem Material von Lindt. Er kommt zum Schluss, dass man es immer tief bereuen müsse, von der stricten Methode Killian's abgegangen zu sein, d. h. die vordere Wand und den Boden der Stirnbeinhöhle sowie den oberen Theil der Pars nasalis des Oberkiefers geschont und nur theilweise entfernt zu haben, weil dabei immer kleine Grübchen und Winkel unaufgedeckt bleiben müssen. Der Grund der Gesichtsentstellung falle heutzutage durch die Paraffineinlagen weg. Die Resection des aufsteigenden Oberkieferastes hält er mit Luc für den Schlüssel des ganzen Operationsplans. Auch die Correctur der Verkrümmungen der Nasenscheidenwand hält er für ganz maassgebend.

Bei Pansinusitis operirt Verf. sämmtliche Sinus in einer Sitzung. Für das Antrum Highmori kann er selbst den häufigen Erfolg endonasaler Behandlung zugeben, nicht aber für Siebbein und Stirnhöhle. Die optimistischen Statistiken bezüglich letzterer zweifelt er an. Für die Operation der einzelnen Sinus empfiehlt er die altbewährten Eingriffe, z. B. für die Kieferhöhle denjenigen von Caldwell-Luc u. a.

JONQUIÈRE.

46) **Uffenorde** (Göttingen). **Unsere Erfahrungen mit der orbitalen Methode bei der operativen Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 7. S. 296. 1914.*

Da die Killian'sche Stirnhöhlenoperation manchmal ein kosmetisch unbe-

friedigendes Resultat ergiebt und nach den Erfahrungen von U. auch bei kunstgerechtem Vorgehen vor Recidiven nicht sicher schützt, so wird in vorliegender Arbeit empfohlen, nach dem Vorgehen von Ritter-Janson die vordere Wand der Stirnhöhle intakt zu lassen und nur den Boden der Stirnhöhle von der Orbita aus zu entfernen. Auch auf diesem Wege ist es möglich, mittelst geeigneter Curetten die Schleimhaut in fast allen Fällen radical zu entfernen. Das Siebbein wird mit der Stanze ebenfalls von der Orbita aus in Angriff genommen.

Es werden die Krankengeschichten von 22 Patienten, die nach dieser Methode — meist in Localanästhesie — operirt wurden, kurz wiedergeben; in 3 Fällen wurde doppelseitig operirt. Alle diese Patienten waren meist während langer Zeit ohne Erfolg conservativ behandelt worden. Nur in einem Falle (Fall 19) war wegen Recidiv eine Nachoperation nothwendig.

U. würde heute die Killian'sche Stirnhöhlenoperation nur mehr bei Fällen endocranieller Complication oder bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen ausführen. Er empfiehlt die orbitale Methode für die Behandlung operativer Fälle von Stirnhöhleneiterung als die zweckmässigste; denn „sie sichert bei guten curativen Erfolgen, die denen bei Anwendung einer anderen Methode jedenfalls nicht nachstehen, ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat, wie es keine andere Operationsmethode aufzuweisen vermag“.

OPPIKOFER.

47) **Buys. Atypische Stirnhöhleneiterung. (Sinusite frontale atypique.)** *La Policlinique. 15. October 1913.*

30jähriger Mann, bei dem B. die Stirnhöhle eröffnete und gesund fand; in der Spina nasalis des Os frontale fand er jedoch eine Gruppe eiternder Zellen, nach deren Curettage Heilung eintrat.

PARMENTIER.

48) **K. M. Mentzel** (Wien). **Zur Behandlung der acuten Stirnhöhlenentzündungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 418. 1914.*

M. empfiehlt für diejenigen Fälle von acuter Stirnhöhleneiterung, für welche die Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel in Frage kommen würde, die mittlere Muschel an ihrer Insertionsstelle in einer Ausdehnung von 2—3 cm abzumeisseln und nun die zum Theil lose Muschel in den unteren Nasengang zu drücken. Diese Luxation bezweckt den Ductus nasofrontalis frei zu legen, sodass der Secretabfluss besser wird und die Stirnhöhle nun unschwer ausgespült werden kann. Dieses Verfahren hat M. in den letzten 3 Jahren bei 30 Fällen, deren Krankengeschichten kurz wiedergegeben werden, ausgeführt.

OPPIKOFER.

49) **A. Solowiejczyk** und **Br. Karbowski. Zur Casuistik der Stirnhöhleneiterungen mit intracraniellen Complicationen (latente Stirnhöhleneiterung, epiduraler Abscess, Osteomyelitis des ganzen Schädeldaches.)** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 7. S. 15. 1914.*

21 Jahre alte Patientin. Bei der Eröffnung der Stirnhöhle Defect in der Hinterwand derselben, in einen grossen extraduralen Abscess führend. Als postoperative Complication Osteomyelitis, die bis auf das Hinterhauptbein übergriff. Tod unter Hirnsymptomen. Keine Section. Obwohl der Abscess in der vorderen Schädelgrube sehr gross war, so hat er doch nicht zur Stauungspapille geführt;

dagegen waren Veränderungen der Psyche (Aengstlichkeit, Menschenscheu, Vergesslichkeit) aufgefallen. OPPIKOFER.

50) **Zumhasch** (Köln). **Zur Kenntniss der Stirnhöhlenosteome.** *Med. Klinik. No. 25. 1914.*

23jähriger Mann mit Stirnkopfschmerzen, Protrusio bulbi (R), Ptosis, Vorwölbung am oberen inneren Augenhöhlenrand. Röntgenaufnahme ergiebt dichten Schatten im rechten Sinus frontalis und in der rechten Orbita. Diagnose: Osteoplastische Resection der vorderen Stirnhöhlenwand, Entfernung des ziemlich grossen 32 g wiegenden Osteoms, wegen gleichzeitig bestehenden Empyems Curettement der Schleimhaut. SEIFERT.

51) **Scheffels** (Krefeld). **Zur Casuistik der Hypophysistumoren und ihrer operativen Entfernung.** *33. Vers. des Vereins rheinisch-westfälischer Augenärzte.*

Fall eines 27jährigen Fräuleins mit Dystrophia adiposogenitalis. Völlige Amaurose des rechten Auges, linke Sehschärfe $^5/_{50}$ und starker Gesichtsfeldverengerung.

Operation (Preysing): In erster Sitzung Ausräumung der Nase, untere und mittlere Muscheln, Septum, Siebbein, vordere Keilbeinhöhlenwand und Keilbeinseptum entfernt, so dass nur noch die hintere resp. obere Wand der Höhle zu reseciren war. Hauptoperation: Breite Resection beider Proc. palatini und Vordringen von unten her in die Nase. Bei Eröffnung des Schädels floss viel Liquor ab; es wurde eine Cyste angenommen. Nach 5 Tagen Exitus unter Collaps. Section ergiebt einen faustgrossen cystisch entarteten Tumor, angefüllt mit Colloidmassen, in deren Mitte der Tampon stak.

Verf. erwähnt noch 2 andere von Preysing nach seiner palatinalen Methode günstig verlaufene Fälle. FINDER.

52) **Bourguet** und **Dansan. Die Trepanation zur Behandlung eines Hypophysentumors. (Trépanation pour tumeur de l'hypophyse.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Patient, ein 50jähriger Lehrer, bietet uns die charakteristischen Augensymptome. Die Diagnose ist durch Röntgenbild bestätigt. B. operirt mittelst paralateronasalen Schnittes nach Moure nur leicht modificirt insofern, als das ganze Siebbein, der aufsteigende Fortsatz des Oberkiefers, das Thränenbein und die innere Wand der Kieferhöhle in einem Stücke entfernt wurden. Hierauf dringt B. in die Keilbeinhöhle ein und nach Durchbohrung des hinteren Theiles des Septums auch in die andere Keilbeinhöhle. Hierauf wird die papierdünne Keilbeinhöhlenwand, die den Tumor deckt, durchbohrt. Es wird ein bohnengrosses Stück vom Tumor (ein Sarkom?) entfernt, jedoch wird keine Anstrengung gemacht, des ganzen Tumors habhaft zu werden. Exitus 4 Tage später infolge jauchiger Meningitis. LAUTMANN.

53) **Heybroch. Ein Fall von Tuberculose der Hypophyse.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 94. 1914.*

Auf Grund der klinischen Erscheinungen (Amaurose, Fettsucht, Diabetes insipidus) der Röntgenaufnahme und der stark positiven Pirquet'schen Reaction wurde die Diagnose gestellt bei dem 7jährigen Mädchen. VAN GILSE.

c) Mundrachenhöhle.

54) **Y. Nakata** (Tokyo). **Zwei Fälle von primärer acuter Uvulitis.** *Tokyo-Ijishinshi. No. 1804. Februar 1913.*

Bei diesen 2 Fällen konnte der Autor die wahre Ursache nicht finden. Die Entzündung entstand sehr rasch und verschwand in einer Woche. KUBO.

55) **Boxwell. Drei tödtliche Fälle von Pharyngitis. (Three fatal cases of pharyngitis.)** *Dublin med. journ. Januar 1914.*

Die Fälle kamen während einer Scharlachepidemie vor. In allen fanden sich Streptokokken; in einem fanden sich ausser den Streptokokken, die nach dem Tode in der Milz gefunden wurden, Diphtheriebacillen. In allen Fällen trat der Tod innerhalb von drei Tagen nach dem Einsetzen der Halserscheinungen ein.

A. LOGAN TURNER.

56) **A. R. Tweedie. Drei tödtliche Fälle von Pneumokokkeninfection des Halses. (Three fatal cases of pneumococcal infection of the throat.)** *Journ. of laryng. April 1913.*

In allen drei Fällen versagte die allgemeine und locale Behandlung. In allen war der Hauptherd eine nekrotische Partie, in der sich der Pneumococcus in Reincultur fand.

Fall I. 40jährige Frau starb innerhalb 5 Monaten an einer langsam fortschreitenden Kehlkopfulceration, die von einer Infiltration der Gewebe am äusseren Hals und heftiger Dysphagie begleitet war. Die Erkrankung war zuerst für eine tuberculöse gehalten worden.

Fall II. 34jährige Frau mit Schwellung über der linken Seite des Schildknorpels und correspondirender Anschwellung an der Innenseite des Kehlkopfes. Eine Incision in die äussere Schwellung zeigte, dass Eiterung und Nekrose fehlten. Es wurde die Tracheotomie nothwendig und nach 3 Monaten trat der Exitus ein.

Fall III. 34jähriger Mann starb innerhalb 8 Tagen. Schwellung im Pharynx und aussen am Hals. Incision in die Pharynxschwellung wurde gemacht, aber kein Eiter wurde gefunden. A. J. WRIGHT.

57) **F. Chavanne. Die gegenwärtige Behandlung der Spirochätosen in Mund und Rachen. (Le traitement actuel des spirochétoses bucco-pharyngées.)** *Oto-rhino-laryngologie internationale. Januar 1914.*

Nach Popovitch kann man drei grosse Klassen von Spirochätosen unterscheiden: 1. Die Spirochätose der Febris recurrens. 2. Die der Syphilis. 3. Die der ulcero-membranösen Mund- und Rachenaffectionen. Letztere — die localen Spirochätosen — begreifen in sich: a) Die Stomatitis und Angina ulcero-membranacea, die auf symbiotisches Vorkommen der Vincent'schen Spirille und des B. fusiformis zurückzuführende Gangrän des Pharynx und die auf derselben Symbiose beruhende Hg-Stomatitis, bei welcher noch ein toxisches Element hinzukommt. b) Die Noma, gewisse Glossitiden, gewisse Stomatitiden und Alveolarpyorrhöen, die auf die Spirochaeta buccalis und Spirochaeta dentium zurückzuführen sind.

Für diese localen Spirochätosen genügt eine locale Therapie und zwar mit Salvarsan, das aufgepulvert oder in Lösung aufgepinselt wird.

GONTIER DE LA ROCHE.

58) **William B. Trimble. Primäre Zungentuberculose. (Lingual tuberculosis primary.)** *New York med. journ. 7. März 1914.*

Auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle bezeichnet Verf. folgende Punkte als für die Diagnose der Zungentuberculose in Betracht kommend: Sie befällt gewöhnlich den freien Rand, der Zungenrücken ist im Allgemeinen frei, die Geschwüre sind in der Regel oberflächlich, ihr Grund ist schmutzig gelb, hier und da mit weissen Flecken, die wahrscheinlich kleine verkäste Stellen sind; der Rand kann oval oder kreisförmig sein, die Ränder sind aber gewöhnlich scharf gegen das gesunde Gewebe abgesetzt und nicht unterminirt, die regionären Drüsen sind sehr wenig afficirt.

EMIL MAYER.

59) **Max Hesse** (Graz.) **Oedema bullosum linguae.** *Wiener med. Wochenschr. No. 37. 1913.*

Bei einem Manne trat spontan am Zungenrücken bei allgemeinem Wohlbefinden Blasenbildung auf, die Blase platzte bald und liess das blossliegende Corium erkennen, dessen unregelmässige Ränder die fetzigen Reste des Epithels bildeten. Per exclusionem ist der Verf. geneigt, die Affection, die zweifellos als selbstständige Erkrankung der Zunge aufzufassen ist, in die Gruppe der urtikariellen Erkrankungen zu stellen.

HANSZEL.

60) **Gezes. Ueber eine seltene Localisation der Symbiose fuso-spirillaris im Gebiete der Zungenmandel. (Sur un cas rare de localisation exclusive de la symbiose fuso spirillaire.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 13. 1914.*

Beschreibung, wahrscheinlich des einzigen in der Literatur bekannten Falles, von Localisation fuso-spirillärer Infection an der Zungenmandel. Die Gaumenmandeln waren kaum betheiligt. Hingegen war das ganze Krankheitsbild ein sehr schweres, mit starker Infiltration der Halsgegend und schlechtem Allgemeinzustand. Heilung erfolgte rapid in einigen Tagen unter gewöhnlicher indifferenter Therapie.

LAUTMANN.

61) **D. R. Paterson. Die Bedeutung der Tonsillen und der Fossa supratonsillaris. (The significance of the tonsils and the supra-tonsillar fossa.)** *Journ. of laryng. September 1913.*

Uebersicht über die Entwickelung und Morphologie der Tonsillen. Die Fossa supratonsillaris ist der Ueberrest des embryonalen Sinus tonsillaris und ist, obwohl verschieden in Grösse, in ihrem Vorkommen constant. Die Menge des lymphatischen Gewebes in ihren Wandungen ist variabel. Die Atrophie dieses Gewebes gestattet die Infection der peritonsillären Region, daher kommt die Häufigkeit der Peritonsillitis nach dem Einsetzen der Atrophie.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass es oft genügt, für Drainage der Krypten und der Fossa zu sorgen, ohne dass es nöthig ist, das ganze Organ zu entfernen.

A. J. WRIGHT.



62) **Henke** (Königsberg i. Pr.). **Versuche zur Frage über die physiologische Bedeutung der Tonsillen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. S. 1618. 1913.*

Nach Injection steriler Russaufschwemmungen in die Nasenschleimhaut einer Seite fanden sich bereits nach 24 Stunden Russpartikelchen in der Rachenmandel und in beiden Tonsillen. Wenige Tage später waren sie verschwunden, und zwar weniger durch Phagocytose als durch Wegschwemmung mit dem Lymphstrom nach der Mundrachenhöhle. Durch ähnliche Experimente konnte Verf. directe Lymphgefässverbindungen zwischen Zahnfleisch und Wangenschleimhaut einerseits und Gaumenmandeln andererseits feststellen.

ZARNIKO.

63) **E. Fletcher Ingals. Bestehen Beziehungen zwischen den Gaumenmandeln und Lungentuberculose und welche? (What relation, if any, have the faucial tonsils to pulmonary tuberculosis?)** *Journ. americ. med. assoc. 12. Juli 1913.*

Verf. kommt zu folgendem Ergebniss: „Nach einem gründlichen Studium der Literatur und wenn ich meine eigene Erfahrungen prüfe, sehe ich mich genöthigt, die Anschauung Jonathan Wright's zu acceptiren, der mir im November 1912 schrieb: Um die Wahrheit zu sagen, ich glaube nicht, dass zwischen den Tonsillen und der Lungentuberculose irgendwelche Beziehung besteht."

EMIL MAYER.

64) **Gottfried Trautmann** (München). **Plastische Variation bei der extracapsulären Totalexstirpation der Tonsille.** Mit 4 Abb. *Münchener med. Wochenschrift. No. 22. 1914.*

Unter Hinweis auf seine frühere ausführliche Schilderung der extracapsulären Tonsillektomie (Münchener med. Wochenschr. No. 40. 1913) bespricht Verf. die Gefahr der postoperativen Verwachsung beider Gaumenbögen in den Fällen, in denen vorderer und hinterer Gaumenbogen parallel laufen oder der erstere den letzteren medialwärts sogar überragt. Man vermeidet diese bisweilen von functionellen Störungen begleitete Verwachsung, indem man den „bogenförmigen Schnitt" zur Freilegung der Tonsillenkapsel möglichst lateral anlegt, d. h. „wenn man den vorderen Gaumenbogen resecirt"; Heilung und Function sind dann tadellos; nur muss der hintere Gaumenbogen unversehrt bleiben. Um nun aber auch in den anatomisch anormal gelagerten Fällen den vorderen Gaumenbogen erhalten zu können, empfiehlt Tr. folgende plastische Variation der Operation: Der bogenförmige Schnitt an der Grenze zwischen Plica triangularis („Praeputium" Trautmann's, „Planum triangulare" Grünwald's) und vorderem Gaumenbogen wird vom Zungenansatz bis zur Uvula geführt, dann mit einer Pincette die der Uvula anliegende Spitze der Plica gefasst und von oben herunter von der Tonsille und ihrer Kapsel sorgfältig abpräparirt; zum Schluss liegt dann der dreieckige Schleimhautlappen der Zunge auf. Nun wird dann die Tonsille in typischer Weise exstirpirt und der dreieckige Schleimhautlappen auf die Hinterwand der Tonsillenbucht (auf den M. constrictor pharyngis) mittels eines Tampons (Gazerolle) fixirt und vermittels einer durch beide Gaumenbögen gelegten lockeren Naht festgehalten. Dieser Tampon muss allerdings 4—6 Tage liegen bleiben. „Besser in einzelnen Fällen ist es, den Lappen von vornherein in die Tonsillenbucht einzunähen. Man kann dann auch noch darüber für einen Tag einen Tampon fixiren. Die Ein-

heilungsresultate sind gut. Auf diese Weise persistirt zwischen vorderem und hinterem Gaumenbogen, die nicht zusammenwachsen können, ein mit Schleimhaut ausgekleideter Raum." Bei geeigneter Configuration des Praeputiums für die Lappenbildung und nicht zu tiefer Tonsillenbucht bietet diese Methode eine vorzügliche Modification.

HECHT.

65) **Glas** (Wien). **Die Ausschälung der Gaumenmandel und ihre Bedeutung.** *Med. Klinik. No. 24. 1914.*

Die Tonsillektomie bei Erwachsenen ist eine durch zahlreiche Affectionen indicirte Operation, welche entsprechent ausgeführt, gute Resultate aufweist. Mit Ausnahme des Peritonsillarabscesses i. e. bei den Allgemeininfectionen muss die Indication in Gemeinschaft mit dem Internisten gestellt werden, da dieser Eingriff nur bei positivem Tonsillarbefund und sonstigem negativen Befund indicirt erscheint.

SEIFERT.

66) **Halle** (Charlottenburg). **Die Tonsillenexstirpation, ihre Gefahren und deren Bekämpfung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 1913.*

Vortrag in der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Verf. hält die Exstirpation der Tonsillen bei Kindern nur dann gerechtfertigt, wenn bei kleinen „versenkten" Tonsillen trotz localer Behandlung Anginen häufig recidiviren, oder wenn bei hypertrophischer Tonsille die Tonsillotomie keinen Erfolg hatte. Endlich wenn Complicationen vorliegen oder zu befürchten sind.

Was die Technik anlangt, so bevorzugt er die West'sche Operationsmethode (Archiv für Laryngol. Bd. 22). Die Gaumenbögen sind sorgsam zu schonen, auf Blutstillung (durch Abklemmen und Torsion blutender Gefässe) das grösste Gewicht zu legen.

Von postoperativen Complicationen erwähnt Verf. Temperaturerhöhung (bis 39,8⁰) zuweilen mehrere Tage hindurch. In einem Fall Kieferklemme 2 Monate lang durch entzündliche Reizung der Kaumuskeln.

ZARNIKO.

67) **Arthur M. Corwin. Tonsillektomie nach der Sluder'schen Methode. (Tonsillectomy by the Sluder method.)** *Journ. americ. med. assoc. 27. Sept. 1913.*

Verf. hat einen Hämostaten construirt, der, nachdem die eine Tonsille entfernt ist, angelegt wird, so dass die andere Tonsille operirt werden kann, ohne dass man durch das Blut gestört wird. Der Tonsillarstumpf wird gleichzeitig mit einer 25proc. Lösung von Tinct. ferri sesquichl. in Glycerin bepinselt. Dies Verfahren hat sich dem Verf. bei mehr als 1500 Tonsillektomien (!) bewährt, ohne dass es je zu einer secundären Blutung kam.

Verf. wendet bei allen Patienten Lachgas-Sauerstoffnarkose an. Gewöhnlich vergehen von dem Moment, wo der Patient in den Operationsraum gefahren wird bis dass er ihn verlässt, vier Minuten.

EMIL MAYER.

68) **J. Ellis Jennings. Ein neues Tonsillektom. (A new tonsillectome.)** *Journ. americ. med. assoc. 24. Mai 1913.*

Das Instrument stellt eine Modification des Sluder'schen dar. Der Handgriff ist zu einem Pistolengriff mit einem Drücker umgewandelt; Verf. behauptet, dass sein Instrument eine grössere Kraft entwickelt.

EMIL MAYER.

69) **A. Levinson** (Chicago). **Ein modificirter Pirquet'scher Mundspatel.** Aus der k. k. Kinderklinik in Wien (Vorst.: Prof. v. Pirquet). Mit 2 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 26. 1914.*

L. modificirte den Spatel in der Weise, dass er das Spatelfenster mit einer mittleren Spange versah, um zu verhindern, dass die Zunge der Säuglinge in das Spatelfenster hinein oder mit der Spitze ganz hindurchschlüpft und dadurch die Untersuchung erschwert. Eine zweite Aenderung, Krümmung des vorderen Spatelendes nach unten, soll die tiefer gelegenen Rachengebilde der Inspection leichter zugänglich machen. Die Abbildungen illustriren den alten und neuen Spatel in seiner Anwendung; der modificirte Spatel ist von Carl Reiner & Lieberknecht, Wien IX, Mariannengasse 17, zu beziehen. HECHT.

d) Diphtherie und Croup.

70) **J. J. Jervis. Zwei Diphtheriefälle mit ungewöhnlichen Complicationen. (Two cases of diphteria with unusual complications.)** *Brit. med. journ. 18. April 1914.*

1. Ein 9 Jahre altes Kind hustet bei einer wegen Larynxdiphtherie nothwendig gewordenen Tracheotomie ca. 100 ccm Eiter aus. Es trat Genesung ein und da sich in der linken Lunge Zeichen für das Vorhandensein einer Caverne fanden, so wurde geschlossen, dass hier ein Abscess geplatzt war. Es wurden aus dem Eiter Pneumokokken und aus dem Larynx Diphtheriebacillen gezüchtet. Im Pharynx waren keine Membranen. Verf. meint, die Lungen- und Kehlkopfaffection sind unabhängig von einander.

2. 7jähriges Kind mit Rachendiphtherie, und postdiphtherischer Deltoideuslähmung. A. J. WRIGHT.

71) **Megias. Hypertoxische maligne Diphtherie. (Difteria hypertoxica maligna.)** *Rev. espanola de laringologia. Februar 1914.*

Aussergewöhnlich schwerer Fall von Diphtherie des Rachens bei einem elfjährigen Kinde; um Heilung herbeizuführen mussten 56000 I.-E. Antidiphtherieserum subcutan, intravenös und intramusculär injicirt werden. Heilung nach 15 Tagen. GARCIA VICENTE.

72) **W. A. Womer. Ergebnisse der Staphylokokkenspraybehandlung in 42 Fällen von Bacillenträgern. (Results of staphylococcus spray treatment in forty-two cases of diphteria carriers.)** *Journ. americ. med. assoc. 27. Dec. 1913.*

Der Spray bestand aus einer mindestens 12 Stunden alten Bouilloncultur von Staph. aureus oder einer frischen Suspension in Salzlösung. Er wurde in dem städtischen Laboratorium angefertigt und dem behandelnden Arzt resp. der Schwester mit genauen Anweisungen zum Gebrauch übergeben. Es wurden beide Nasenhälften und der Hals dreimal täglich oder öfter reichlich gesprayt und daneben keine andere Behandlung angewandt. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Der Spray verursacht keinerlei unangenehme Erscheinungen; die Anwendung desselben führt zu keiner merklichen Verkürzung der Quarantänezeit; die meisten Bacillenträger verbreiten die Krankheit nicht mehr, wenn 60 Tage seit dem Beginn der Erkrankung verflossen sind. EMIL MAYER.

73) **Georg Riebold** (Dresden). **Sind die Diphtheriebacillenträger für ihre Umgebung infectiös?** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1914.*

Autor bejaht die in dem Titel der Arbeit gestellte Frage und führt zur Illustration eine im vergangenen Sommer in der Feriencolonie Lichtenhain ausgebrochene Diphtherieepidemie an. Er hält die Unterscheidung zwischen Bacillenträgern und Dauerausscheidern, bezw. Neben- und Hauptträgern bezüglich der Infectiosität für unzweckmässig, da beide, sowohl die Dauerausscheider, d. h. diejenigen, die eine Diphtherie durchgemacht haben, wie auch die Bacillenträger, die keine Krankheitszeichen darbieten und dargeboten haben, ihre Umgebung inficiren können. Zur Verhütung von Diphtherieepidemien weist Autor erneut auf die Bedeutung der Prophylaxe hin, die möglichst eine bacteriologische Untersuchung der Umgebung Diphtheriekranker einbeziehen solle. Da eine strenge Isolirung der Bacillenträger wohl nur selten durchführbar sein dürfte, müsse man durch entsprechende Vorsichtsmaassregeln, die Autor eingehend bespricht, eine Verbreitung der Krankheit einzuschränken suchen. Wichtig aber sei es vor Allem, dass man die Diphtheriebacillenträger, gleichgültig, ob sie selbst eine Diphtherie durchgemacht haben oder nicht, kenne, und dass sie selbst wissen, dass sie Bacillen führen und die ihnen empfohlenen Vorsichtsmaassregeln dann durchführen können.

HECHT.

74) **J. R. Kragh. Elektrophoretische Behandlung der Tonsillen bei Diphtheriebacillenträgern. (Elektroforetisk Behandling af Tonsillerne hos Difteriebacil-Baerere.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 21. 1914.*

Ermuntert durch die Resultate, welche Jersild hinsichtlich der elektrophoretischen Behandlung von frischer Urethralgonorrhoe mitgetheilt hat, hat Kragh die Behandlung bei den Diphtheriebacillenträgern versucht. Das Ergebniss war ein negatives. In keinem Falle schwanden die Diphtheriebacillen. Zum Schluss erwähnt Verf. kurz, dass Spiess glaubt, günstige Resultate einer elektrophoretischen Behandlung bei der chronischen Rhinitis beobachtet zu haben.

L. MAHLER.

e l) Kehlkopf und Luftröhre.

75) **A. Onodi. Ueber die conträren Bewegungen der Stimmbänder.** *Virchow's Archiv. 1913.*

Der Fall ist identisch mit dem in Orvosi Hetilap mitgetheilten und im Centralblatt, S. 552, 1913, referirten.

FINDER.

76) **Grabower** (Berlin). **Ueber die Degeneration functionell gelähmter Kehlkopfmuskeln und die „Inactivitätsatrophie“.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Verf. weist nach, dass die Kehlkopfmuskeln (ebenso wie die übrige Körpermuskulatur) nach mehrjährigem Bestande functioneller Lähmung so mässige Veränderungen zeigen, dass der Begriff der Atrophie auf sie nicht passt, während der zugehörige Nerv schon nach kurzer Lähmungsdauer die hochgradigsten Schädigungen aufweist. — Die Untersuchung eines Präparates von 21jähriger Dauer einer linksseitigen Recurrenslähmung in Folge eines Aortenaneurysmas ergab im

linken Musc. posticus 4 Kategorien von Veränderungen: Zunächst Wucherung des perimusculären und interstitiellen Bindegewebes und reichliche Kernvermehrung im Bindegewebe und in den Muskelfibrillen. Dann Verschmälerung der Muskelfasern bei gleichzeitigem Auftreten einiger gedunsener ödematöser. Ferner Schwund des Sarcoplasmas und Verlust der Tinctionsfähigkeit der Muskelfibrillen. Zum Schluss Zerstörung der Structur der Muskelfaser bis zur Unkenntlichkeit. Diese Schädigungen finden sich ausser im Posticus in allen Muskeln der gelähmten Seite, am stärksten degenerirt ist der Musc. vocalis, dann der posticus, weniger der lateralis und am wenigsten der transversus. Der gelähmte Recurrens zeigt sehr ausgedehnten Schwund der Markscheide und der Achsencylinder, wenn auch ca. $^1/_5$ des Querschnittes noch geschwärzte Achsencylinder aufweist. W. SOBERNHEIM.

77) **H. Moulton. Eine grosse Cyste der Epiglottis. (A large cyst of the epiglottis.)** *The Laryngoscope. December 1913.*

37jähriger Mann. Seit 4 — 5 Wochen allmählich zunehmendes Gefühl von Völle im Hals, das ihn jetzt auch beim Sprechen und Schlucken hindert. Laryngoskopische Untersuchung ergab eine grosse, glatte, gelblich-rote Geschwulst zwischen Epiglottis und Zunge auf der rechten Seite. Der Tumor verdrängte die Epiglottis nach hinten und reichte von der linken seitlichen Pharynxwand ungefähr bis zu $^2/_3$ der Entfernung nach der anderen Seite. Seine Spitze lag etwas höher als der obere Rand der Epiglottis. Verf. eröffnete die Cyste, welche darauf in die Fossa glosso-epiglottica collabirte, und zerstörte dann ihre Wandung mittels des Galvanocauters. EMIL MAYER.

78) **Knud Salomonsen** (Kopenhagen). **Klinischer Beitrag zu den Knorpelgeschwülsten des Kehlkopfs.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Die Arbeit stellt eine Bereicherung der seltenen Casuistik um einen interessanten Fall dar. Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Krankengeschichten.

W. SOBERNHEIM.

79) **Julian Choronshitzky** (Warschau). **Ein verkalktes Kehlkopffibrom.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Krankengeschichte und histologischer Befund. W. SOBERNHEIM.

80) **Thomas J. Harris** (New York). **Die Behandlung der multiplen Kehlkopfpapillome mittels Radium.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Während die früher behandelten Fälle stets recidivirten, ist bei mehreren vom Verf. mit Abbildungen genau beschriebenen Fällen eine völlige Heilung ohne Recidiv eingetreten. Dieses hervorragende Resultat führt Verf. auf die grosse Radioactivität des angewandten Radiums zurück. Statt der geringeren Kraft von 10—20 mg wurden 100 mg genommen, die mit einer Ausnahme nach Cocainisirung per vias naturales eingeführt wurden mittels Celluloidradiumträgers mit kupfernem Griff. — Die Anwendungsdauer war eine verschiedene. W. SOBERNHEIM.

81) **J. Katzenstein** (Berlin). **Neue Methode der directen Untersuchung des Kehlkopfs.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. S. 969. 1913.*

Es handelt sich um einen autoskopischen Spatel, der an einem vorher ein-

geführten Whitehead'schen Mundspeculum fest geschraubt werden kann. Danach kann das Kehlkopfinnere unter Reflectorbeleuchtung gut überblickt, können Eingriffe in ihm und den Bronchien gut ausgeführt werden. ZARNIKO.

82) H. Massier. **Grosse Zahnprothese im Larynx und Oesophagusmund eingekeilt. (Volumineux dentier enclavé dans le larynx et la bouche oesophagienne.)** *Archives internat. de laryng. T. 36. No. 3. 1913.*

Die Extraction gelang erst, nachdem die Prothese aus der Verankerung mittels eines Watteträgers für den Kehlkopf gelöst worden war. Der Autor lässt der Mittheilung einige Bemerkungen folgen, die im allgemeinen darin gipfeln, dass zur Extraction von Fremdkörpern aus den Luftwegen Ruhe gehört und man sich den gegebenen Umständen anpassen muss, da die Fälle verschieden sind.

LAUTMANN.

83) Deisser. **Ein Fremdkörper des Kehlkopfs. (Un cas de corps étranger du larynx.)** *Société clinique des hôpitaux de Bruxelles. 8. November 1913.*

Verf. glaubte erst an einen Croup. Die Radiographie zeigte einen Fremdkörper im Larynx in Höhe der ersten Cervicalwirbel; das Kind hatte drei Monate vorher ein Stück Blei aspirirt. PARMENTIER.

84) P. Tonietti. **Beitrag zum Studium der Blutegel im Kehlkopf und Nasenrachenraum. (Contributo allo studio della patologia delle libia-mignette in laringe e nel rinofaringe.)** *Giornale medico militare. September 1912.*

Verf. hat im Tripolisfeldzug in weniger als drei Monaten 15 Fälle selbst beobachtet und vier wurden ihm von anderen Aerzten mitgetheilt und zwar war 12 Mal der Sitz des Blutegels im Mundrachen resp. Nasenrachen, 5 Mal im Larynx und 2 Mal war der Sitz nicht angegeben. Die grösste Zahl betraf junge Leute unter 20 Jahren und fast alle waren Eingeborene (nur 4 Fälle bei Soldaten). In vier Fällen wurde der Blutegel bis zu 8 Tagen lang und in einem Fall sogar 10 Tage beherbergt. CALAMIDA.

85) Mouret. **Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie in sitzender oder liegender Stellung mit Vorwärtsneigung des Rumpfes und des Beckens. (Laryngo-trachéo-bronchoscopie et oesophagoscopie en position assise ou couchée le bassin et le tronc étant fortement inclinés en avant.)** *Revue hebdom. de laryng. etc. No. 43. 1913.*

Die neue Stellung hat Mouret schon wiederholt beschrieben. In sitzender Position des Patienten soll sie die Einführung des Tubus ganz besonders erleichtern. Patient sitzt wie zu Ross auf einem gewöhnlichen Stuhle, stützt sich mit beiden Händen an die Stuhllehne und streckt den Hals und Oberkörper stark nach vorne. Sofort nach Einführung in den Kehlkopf wird der Trachealsporn sichtbar, während bei der gewöhnlichen Einführung des Tubus in erster Linie die hintere Trachealwand gesehen wird. In liegender Stellung ist die Rückenlage zu verwerfen. Patient wird auf die rechte Seite gelagert. Beine und Schenkel stark flectirt liegt er mit stark nach aussen abgezogenem Becken wie ein „Hund auf der Jagd“, während der freihängende Kopf von einem Assistenten gehalten wird. Zahlreiche Photographien und schematische Bilder begleiten die Arbeit. LAUTMANN.

86) **Cantilena** und **Stretti. Grosser Fremdkörper in den Luftwegen; Extraction mittels Tracheotomie; Heilung. (Voluminose corpo estraneo nelle vie aeree; estrazione colla tracheotomia; guarigione.)** *Il. Policlinico sezione chirurgica. Juli 1913.*

16 Monate alter Knabe ins Hospital aufgenommen mit Erscheinungen von Bronchitis, über der rechten Thoraxhälfte abgeschwächtes Athmen. Wegen der bestehenden dyspnoischen Erscheinungen wurde die Tracheotomie gemacht, während deren das Kind völlig apnoisch wurde. Künstliche Athmung und Reinigung der Trachea von Blut und Schleim. Es wurde mittels einer Pincette eine grosse in der Tiefe der Trachea gelegene Bohne extrahirt. Einige Tage später wurde die Bronchoskopie gemacht und im rechten Bronchus, nahe der Bifurcation eine intensiv geröthete Stelle gefunden, wo wahrscheinlich die Bohne gesessen hatte.

CALAMIDA.

87) **Harmon Smith. Sicherheitsnadel aus dem Kehlkopf eines Kindes mittels directer Laryngoskopie entfernt. (Safety pin removed from larynx of child by direct laryngoscopy.)** *New York medical journal. 16. August 1913.*

$2^1/_2$ Jahre altes Kind mit Kehlkopfstenose; es war von anderer Seite intubirt worden, hatte die Tube aber ausgehustet. Es bestand der Verdacht auf Papillome und es waren bereits alle Vorbereitungen zu deren eventueller Entfernung getroffen. Die von sachverständiger Seite vorgenommene Spiegeluntersuchung hatte kein Ergebniss gehabt. Verf. führte den directen Spatel ein; der Kehlkopf war voller Schleim, nach dessen Forttupfen sah man zwischen den Stimmbändern einen glänzenden Fremdkörper, der mittels der Zange gefasst und leicht extrahirt werden konnte. Heilung.

Das Interessante an dem Fall besteht darin, dass ein Intubationsrohr neben dem Fremdkörper im Kehlkopf hatte liegen können und dass es ausgehustet werden konnte, der Fremdkörper aber in situ blieb.

EMIL MAYER.

88) **K. Ishibashi** (Niigata). **Ein Fall von Lungenemphysema durch Bronchialfremdkörper.** *Rinsho-Igaku. Jahrg. 1. No. 1. März 1913.*

Bei einem 53jährigen Bankier, der an Husten, Sputa und Kopfschmerzen litt, constatirte der Autor Veränderungen in der linken Lunge und behandelte ohne Erfolg bis der Pat. plötzlich ein Stück Fischgräte (Länge: 1,7 cm, Breite: 1,3 cm, Dicke 0,7 cm) aushustete, welche 3 Jahre 7 Monate lang ohne sein Wissen im Bronchus stecken blieb. Glatte Heilung nach dem Aushusten der Gräte. (Leider fehlt hierbei eine directe Untersuchung).

KUBO.

89) **R. C. Lynch. Entfernung eines Nagels aus dem rechten Stammbronchus. (Removal of a wire nail from the stem bronchus to the lower lobe of the right lung.)** *New Orleans medical and surgical journal. 1. December 1913.*

4jähriges Mädchen. Tracheotomie war ohne Erfolg. Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper tief in der rechten Lunge zwischen der 7. und 10. Rippe. Mittels des Jackson'schen Filmverfahrens gelang es festzustellen, dass er im rechten Unterlappenbronchus mit dem Kopf nach oben gerichtet sass. Die Extraction gelang unter Schwierigkeiten, unter Führung des Fluorescenzschirms.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

90) **E. Fletcher Ingals** und **Stanton A. Friedberg. Broncheskopie unter Leitung des Fluorescenzschirms. (Fluoroscopic bronchoscopy.)** *Journal american medical association. 21. Februar 1914.*

In einem Fall entfernten Verff. bei einer 42jährigen Frau eine goldene Zahnplombe, die vor circa 3 Jahren aspirirt worden war und die unterhalb einer ganz engen Stenose sass. Es wurde das Bronchoskop eingeführt bis man es im Fluorescenzschirm oberhalb der Stenose erblickte, dann wurde die Fremdkörperzange durch die Strictur hindurchgepresst bis man sah, dass sie den Fremdkörperschatten erreicht hatte; dann wurde sie geöffnet, der Fremdkörper gefasst und langsam durch die Strictur mit ziemlicher Kraft durch die Strictur hindurchgezogen.

In einem zweiten Fall handelte es sich um einen 9jährigen Knaben, der vor 2 Jahren einen Messingbolzen aspirirt hatte. Es war die Diagnose auf einen Lungenabscess gestellt und die Drainage nach hinten gemacht worden. Vor der Operation war eine Röntgenaufnahme gemacht worden, die den Fremdkörper in dem linken Unterlappen zeigte. Die Operationswunde schloss sich nach circa 6 Wochen. Bronchoskopie unter Localanästhesie. Sobald das Rohr eingeführt war, ergoss sich ein Strom übelriechenden Eiters, so dass man nichts sehen konnte. Nach halbstündigem Absaugen und Tupfen versagte die Beleuchtung. Zwei Tage darauf wurde ein neuer Versuch mit Hilfe des Fluorescenzschirms gemacht. Es war zwar noch immer Eiter vorhanden, jedoch machte es weniger Schwierigkeiten, den Bronchus zu reinigen. Der Tubus wurde in den Bronchus eingeführt, aus dem der Eiter zu kommen schien und dann wurde — unter Führung des Schirms — die von Ingals angegebene Zange eingeführt. Der Operateur fühlte, dass das Instrument durch eine enge Oeffnung in eine Höhle rutschte. Wie man auf dem Schirm sehen konnte, wurde der Fremdkörper erst in seiner Mitte gefasst; da er aber so nicht extrahirt werden konnte, so wurde er losgelassen und es gelang schliesslich, ihn am Kopfende zu fassen und mit der Tube zusammen herauszuziehen.

Verff. kommen zu dem Ergebnisse, dass, wenn ein metallischer Fremdkörper in einen kleinen Bronchus gerathen ist, in den man mit dem Bronchoskop nicht hineingelangen oder in den das Licht nicht hineingeworfen werden kann oder wenn der Fremdkörper durch Granulations- oder Narbengewebe verborgen wird, dass dann die Hilfe des Fluorescenzschirms von grossem Nutzen ist. EMIL MAYER.

91) **Chevalier Jackson. Bronchoskopische Entfernung eines Kragenknopfes, der 26 Jahre lang in der Lunge gesessen hatte. (Bronchoscopic removal of a collar button after 26 years sejourn in the lung.)** *Annals of otology, rhinol. and laryng. Januar 1913.*

Die besonderes Interesse erweckenden Punkte sind: 1. Das ausserordentlich lange Verweilen des Fremdkörpers in der Lunge, bisher wohl das längste, über das überhaupt berichtet wurde. 2. Das Freibleiben von allen Symptomen nach dem ersten Jahr. 3. Das Bersten eines Fremdkörperabscesses in die Pleurahöhle ist, obwohl es zweifellos nicht so selten ist, nur in ein paar Fällen berichtet worden. 4. Der Fremdkörper wurde nicht mit in die Pleurahöhle entleert. 5. Es hat sich die Nothwendigkeit der genausten Röntgenuntersuchung erwiesen; nur mittels der

lateralen Röntgenaufnahme war in diesem Fall der Fremdkörper zu entdecken, die gewöhnlichen Aufnahmen waren negativ. 6. Es ist in solchen Fällen nothwendig, erst den Eiter wegzudrainiren, da der Fremdkörper sonst durch den Eiterschatten verdeckt wird. 7. Der Fall erweist ferner die Möglichkeit, eine Gewebsbarriere endoskopisch zu entfernen, um an einen Lungenabscess heranzukommen. 8. Der Fall beweist schliesslich den Vortheil, ohne Anästhesie zu operiren. Der Patient war in extremis und an ein Anästheticum konnte nicht gedacht werden. Da die Luftwege voll von Eiter und von dem aus den Granulationen kommenden Blut war, so erleichterte es die Procedur sehr, dass der Patient ordentlich aufhusten konnte.

EMIL MAYER.

92) **J. S. Macnie. Entfernung einer Stecknadel aus der zweiten Bifurcation des rechten Bronchus durch Bronchoskopie. (The removal of a stick pin from the second bifurcation of the right bronchus by direct bronchoscopy.)** *Journal Lancet. 15. August 1913.*

17jährige Frau. Der Fremdkörper hatte ausser gelegentlichen Hustenanfällen keine Beschwerden verursacht. Eine stereoskopische Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in einer der feineren Verzweigungen des rechten Bronchus mit dem Kopf nach oben, die Spitze lag gegenüber dem 7. Costosternalgelenk.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

93) **Yugo Yokoyama** (Japan). **Untersuchungen über den elastischen Apparat des Tracheobronchialbaumes, seine physiologische und pathologische Bedeutung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Zum Referat nicht geeignet.

W. SOBERNHEIM.

94) **v. Engelbrecht. Ueber Altersveränderungen in den Knorpelringen der Trachea.** *Virchow's Archiv. Bd. 216.*

Der Verf. hat die Altersveränderungen der Trachea in 20 Fällen histologisch untersucht. Er fand 14mal Fett in den Knorpelhöhlen, 12mal Verkalkungsherde und 18mal eine „feinfaserige Zerklüftung". Unter der letztgenannten Veränderung versteht er Herde, die folgende Eigenschaften besitzen: unregelmässige Gestalt, scharfe Abgrenzung gegen die übrige Knorpelgrundsubstanz, schlechte Färbbarkeit und eine eigenthümliche Structur, die aus allerfeinsten, unregelmässig angeordneten, meist wirr durcheinanderliegenden Fäserchen zu bestehen scheint.

ALBRECHT (BERLIN).

95) **L. Ledoux. Trachealstenose in Folge Gefässektasie. (Sténose de la trachée par ectasie vasculaire.)** *Annales de la policlin. centr. de Bruxelles. Febr. 1914.*

Verf. deutet eine unter seinen Augen innerhalb einiger Monate entstandene Trachealstenose nach dem Röntgenbefund durch eine Dilatation der Gefässe an der Herzbasis. Das Röntgenbild deutete auf eine Erweiterung der Aorta, durch welche die linke seitliche Trachealwand comprimirt wurde nebst einem Divertikel, welches seinen Sitz an der Ursprungsstelle des Truncus brachio-cephalicus hatte und seinerseits die rechte seitliche Trachealwand comprimirte. Wassermann negativ. Jodbehandlung hat etwas subjective Besserung gebracht. PARMENTIER.

96) **Frankenberger** (Prag). **Malignes Granulom des Mediastinums, in die Trachea penetrirend.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 161. 1914.*

Bei 54 Jahre alter Frau zunehmende Athembeschwerden infolge Trachealstenose durch Mediastinaltumor, welcher sich bei der Section und nachfolgenden histologischen Untersuchung als malignes Lymphom erwies. Der Tumor war bis unter die Schleimhaut der Luftröhre und der Hauptbronchien gewuchert und bildete nach dem Lumen zu knollige diffuse Infiltrate. Ausser den Supraclaviculardrüsen waren keine weiteren Drüsen geschwollen. Röntgenbehandlung ohne Erfolg. Da sich nach und nach heftige Erstickungsanfälle einstellten, so wurden, oft mehrmals pro Tag, elastische, aus ähnlichem Material wie die englischen Urethralkatheter verfertigte Rohre, von 35 cm Länge mit Mandrin und mit einem Durchmesser von 7—15 mm, nach vorheriger Cocainisirung und unter Controlle des Kehlkopfspiegels eingeführt, sodass auf diese Weise die Tracheotomie umgangen wurde. Patientin starb an Kachexie.

OPPIKOFER.

97) **O. Franck** (Flensburg). **Erfahrungen mit dem queren Luftröhrenschnitte.** Aus der chirurg. Klinik zu Frankfurt a. M. (Director: Geh.-Rath Prof. Rehn). *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1914.*

Unter Hinweis auf seine frühere Mitteilung (Münchener med. Wochenschr. No. 6, 1910) berichtet F. über die guten Erfolge, die die Querschnittsmethode bei 100 Tracheotomien (85 Kinder und 15 Erwachsene) zeitigte. Ausser den kosmetischen Vorzügen bietet der Querschnitt eine ausserordentliche technische Vereinfachung der Operation. Abgesehen von geringfügigen Modificationen, die Autor kritisch unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur erörtert, blieb die Technik im Wesentlichen gleich. Genaue Naht der Hautwunde, eventuell mit Jodstrich und Deckpastenschutz führt selbst bei fötider Expectoration meist zur prima intentio. Kritische Erörterung der queren Eröffnung der Trachea mit ihren Vorteilen gegenüber der Längsincision. Bericht über die Nachkontrolle früher auf diese Weise operirter Kranken bezüglich funktionellen und kosmetischen Resultates. Noch grössere Vorzüge als bei der Tracheotomie scheint der quere Hautschnitt bei der Laryngotomie zu bieten, da bei dieser Operation es ja von ausschlaggebender Bedeutung ist, dass die Hautwunde mit dem schwer zu nähenden längsgespaltenen Schildknorpel nicht in eine Linie fällt. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

98) **Habs** (Magdeburg). **Die stumpfe untere Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1913.*

99) **Dobbertin. Kurze Bemerkungen zu vorstehendem Artikel.** *Ibid.*

Prioritätsreclamationen.

ZARNIKO.

e II) Stimme und Sprache.

100) **Gradenigo, Biaggi, Stefanini. Die Anwendung der experimentellen Phonetik in der Klinik. (Les appplications de la phonétique expérimentale à la clinique.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

In Fortsetzung ihrer Studien besprechen die Autoren (Gradenigo) die

Sprachstörungen bei Stummen, bei Aphasischen, das Stottern, die Phonasthenie (Mogiphonie) der Deplacien d. h. periphere Störungen der Sprachorgane. Die zahlreichen Arbeiten von Gutzmann finden hier ausgiebige Besprechung.

LAUTMANN.

101) **Clara Hoffmann. Wissenschaft und praktische Stimmbildung.** *Vox. S. 27. 1913.*

Curven der Brust- und Bauchathmung normaler und stimmkranker Sprecher und Sänger zeigen die bekannten schon 1910 vom Ref. und neuerdings auch von Biaggi nachgewiesenen Typen. Die Besserung der krankhaften Zustände ist bekanntlich auch an den Curven zu erkennen, besonders wo es sich um Athemtechnik allein handelt.

NADOLECZNY.

102) **H. J. Markert. Ueber Aphasia congenita.** *Dissert. Würzburg 1913.*

Bericht über 12 Fälle von Hörstummheit ohne genauere Krankengeschichten. M. hält den Namen Aphasia congenita für „ganz zutreffend und auch von den neueren Autoren beibehalten", was beides nicht zutrifft. Bemerkenswert ist, dass die Fälle grossentheils spontan geheilt sind, was gegen die Annahme echter motorischer Hörstummheit spricht. Die vielfach beliebte Eintheilung Liebmann's in motorische, sensorische und gemischte Fälle ist übrigens nicht berücksichtigt. Dazu kommt ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Pneumonie. Ein Theil der Arbeit ist wörtlich aus dem Lehrbuch des Ref. abgeschrieben.

NADOLECZNY.

103) **Martin Seydel. Hysterie und Stimmbildung.** *Stimme VI. S. 200. 1912.*

Geschlechtliche Aussergleichgewichtslage nennt S. die Hysterie. Hoffentlich versteht er mehr von Stimmbildung. Aus dem Aufsatz geht das nicht hervor.

NADOLECZNY.

104) **M. Bockhorn. Der Werth klimatischer Kuren für Berufssänger und Sprecher.** *Stimme. VI. S. 289 u. 332. 1912.*

Allgemein gehaltene Empfehlung des Seeklimas auch bei phonasthenischen Beschwerden. Das Klima „löst festsitzende Katarrhe der Bronchien" etc. etc.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

105) **Bistritzky** (Moskau). **Veränderung der Schilddrüse nach Exstirpation des Ganglion sympathici cervicale infimum.** *Berner Dissertation. Druck Ott & Bolliger. Bern 1913.*

Aus der Kocher'schen Klinik. Diese Exstirpation erzeugt eine leichte Gewichtsabnahme der Schilddrüse mit entsprechender Verminderung des Thyreoglobulingehalts auf der Seite der Operation. Andere Exstirpationen von höheren Ganglien und Durchschneidung der Nerven der Schilddrüse selbst erzeugen die genannten Veränderungen nicht.

JONQUIÈRE.

106) **Martin D. Jinker. Kropf vom specialistischen Standpunkt. (Goiter from the standpoint of the specialist.)** *The Laryngoscope. August 1913.*

Verf. plaidirt für eine möglichst frühzeitige Operation beim Basedow. Er sagt,

dass in uncomplicirten Fällen die Gefahr nicht grösser sei, als bei der Intervalloperation der Appendicitis.

EMIL MAYER.

107) **Navratil. Ueber einen Fall von intrathoracischer Struma. (Un cas de goitre intrathoracique. Struma profunda occulta de Kocher.)** *Archives internation. de laryng. etc. T. 35. No. 2. 1913.*

Bilaterale Struma bei einer 52jährigen Patientin.

LAUTMANN.

108) **Legrand. Acute Miliartuberculose mit Tuberculose der Schilddrüse. (Tuberculose miliaire aigue et tuberculose du corps thyroide.)** *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles. 18. December 1913.*

Demonstration eines Präparates.

PARMENTIER.

109) **L. Hinsmans** (Köln). **Ueber streifenförmige Nephritis nach Basedow.** *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1914.*

Mittheilung der Krankengeschichte und Autopsiebefundes eines Falles von „langsam auf dem Boden einer Pubertätsstruma sich entwickelnden Basedow. Seit dem letzten der 3 Partus ausgesprochenes Bild mit Druckgefühl auf der Brust. Der Urin war vor der Operation frei von Zucker und Eiweiss. Operation in Localanästhesie (Novocain $^1/_2$ proc.), wenig verbraucht. Nach 18 Stunden Exitus in wenigen Minuten“. Die Section ergab Status thymicolymphaticus und eine starke streifenförmige Nephritis, die erst kurz ante mortem entstanden sein konnte.

Anschliessend epikritische Erörterungen — unter Besprechung der einschlägigen Literatur — über die directe Todesursache. Dass die Nephritis allein den Tod herbeigeführt habe, scheint Autor nicht wahrscheinlich, „da der Tod synkopeartig eintrat und urämische Erscheinungen vollständig fehlten, vielmehr die thyreogenen Symptome (Delirium cordis und Hypostase) im Vordergrund standen. Der Tod der Patientin ist wohl die Folge einer pluriglandulären Intoxication, am ehesten könnten die von Capelle und Bayer angenommenen und durch die Operation geförderten hypertonischen Impulse aus Thymus und Thyreoidea zur Erklärung dienen“.

Bei der Schwierigkeit der Diagnose des Status lymphaticus vor der Operation empfiehlt Autor prophylactisch nach der Operation Thyreoidtabletten zu geben, seit deren Verabreichung (seit 1910) Autor keine ähnlichen Beobachtungen mehr machen musste.

HECHT.

g) Oesophagus.

110) **Logan Turner. Maligne Oesophaguserkrankung mit besonderer Berücksichtigung des Carcinom am oberen Ende. (Malignant disease of the oesophagus with special reference to carcinoma of the upper end.)** *Journal of laryng. Juni 1913.*

Eine Analyse von 68 Fällen aus der Klinik des Verfassers. In 26 Fällen war der Hypopharynx, in 36 das obere Ende des Oesophagus Sitz der Krankheit und in 2 das untere Ende. Im Gegensatz zu diesen Zahlen führt Verf. an, dass bei 29 Sammlungspräparaten die Erkrankung in nicht weniger als 13 in der Mitte des

Oesophagus sass. Carcinom des oberen Endes ist häufiger bei Frauen (61 pCt.) und kommi bei ihnen schon in früherem Alter vor; es befällt auch den Hypopharynx häufiger bei Frauen. Der Tumor wächst langsamer bei älteren Patienten, das Wachsthum geht schneller vor sich, wenn der Hypopharynx befallen ist. Laryngoskopie unterstützt oft die Diagnose, indem man entweder Schwellung oder Secretion in der Arytänoidgegend sieht oder Stimmbandlähmung. Solche Lähmung wurde in 32 pCt. der Fälle beobachtet. Zur Diagnose sind Röntgenstrahlen und Oesophagoskopie der Sonde vorzuziehen. A. J. WRIGHT.

111) **Karl Amersbach** (Freiburg i. B.). **Beitrag zur Kenntniss der Speiseröhrenverletzung bei der Oesophagoskopie.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Bei der Oesophagoskopie, die bei einem jugendlichen Patienten mit ringförmigem stenosirendem Carcinom des Oesophagus in Höhe der Bifurcation vorgenommen wurde, entstand eine Verletzung der Hinterwand der Speiseröhre im Bereich des Oesophagusmundes, die einen grossen retropharyngealen Abscess zur Folge hatte. Durch Schluckpneumonie trat der Exitus ein. Bei Ausführung der Oesophagoskopie war in Höhe von 18 cm von der Zahnreihe entfernt, ein unüberwindbares Hinderniss vorhanden, das ein weiteres Vordringen unmöglich machte.

W. SOBERNHEIM.

112) **K. Kaneko** (Tokyo). **Ein Fall von Oesophagusfremdkörper.** *Iji-Geppo. Bd. 7. No. 1. Januar 1913.*

Ein 6jähriger Knabe verschluckte eine Bronzemünze und eine Kupfermünze, die man mittelst Münzenfängers nicht herausbefördern konnte, trotzdem sie auf Röntgenplatte im Oesophagus Schatten gaben. Während der Oesophagotomie gingen die Fremdkörper in den Magen.

Die Oesophagoskopie wird bei uns meist von den Specialisten geübt, während die Chirurgen noch extraösophageale Operation vorziehen. KUBO.

113) **S. Tatsumi** (Osaka). **Oesophagusfremdkörper und Oesophagoskopie.** *Osaka-Igakkaizasshi. Bd. 12. No. 3. März 1913.*

Oesophagoskopische Extraction von Zahnprothese bei 3 Fällen und mittelst eines Münzenfängers bei einem Fall von Münzen. Der Autor zieht Münzenfänger bei rundlichen platten Fremdkörpern vor, indem er aber diagnostisch sowie therapeutisch im Allgemeinen das Oesophagoskop empfiehlt.

Referent: Selbst bei einem rundlichen und platten Fremdkörper wie eine Münze kann man im Dunkeln nicht ohne Gefahr angeln oder stossen, da er beim längeren Verweilen im Oesophagus einen entzündlichen Recessus bildet.

KUBO.

114) **Piollet** und **Rancoule. Nadel im Oesophagus. Diagnose und Extraction mittels Oesophagoskopie. (Epingle dans l'oesophage. Diagnostic et extraction sous oesophagoscopie.)** *Archives internat. et laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Anamnestische Angaben fehlten. Die 64jährige Patientin klagte nur über



Dysphagie, die nach Genuss eines Tellers Suppe plötzlich aufgetreten ist. Ausser einer Schwellung des Aryknorpels und einer starken zum Theil verknöcherten Struma nichts Besonderes. Die Röntgendurchleuchtung ist negativ, vielleicht wegen der verknöcherten Struma. Bei der Oesophagoskopie wird der Fremdkörper eher gefühlt als gesehen. Nach genauer Einsteckung (und vorheriger Extraction eines Schneidezahnes) durch Rancoule gelingt es Piollet die Extraction der $3^1/_2$ cm langen Stecknadel auszuführen. Heilung. LAUTMANN.

115) **Felix Franke** (Braunschweig). **Entfernung eines Gebisses aus der Speiseröhre ohne deren Eröffnung nach seitlichem Halsschnitt (Tracheotomia lateralis).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1913.*

Durch seitlichen Halsschnitt legt Verf. die Speiseröhre frei, eröffnet sie aber nicht, sondern schiebt den Fremdkörper durch seitliches Drücken und Streichen nach oben, wonach er per os mit der Zange entfernt werden kann. Zwei Fälle erhärten die Zweckmässigkeit des Vorschlages. ZARNIKO.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. Göppert. Die Nasen-, Rachen- und Ohrenerkrankungen des Kindes in der täglichen Praxis.** Berlin 1914. Jul. Springer.

Es giebt ein altes Spottwort, der Rhinologe sehe bisweilen nur die Nase an und vergesse, dass an der Nase auch ein Mensch hängt. Dieser einseitigen Specialisirung und Ueberschätzung des specialistischen Befundes entgegen zu arbeiten ist die dankenswerthe Absicht des Verfassers: „Es scheint mir eine lohnende Aufgabe zu sein, die innigen Beziehungen der Erkrankungen des Nasenrachenraumes und des Mittelohres zum Gesammtorganismus einer Besprechung zu unterziehen.“ Es war jedenfalls richtig und vielleicht in gegenwärtiger Zeit durchaus nothwendig, gerade auf die Constitution, deren Einfluss in der neueren Medicin ja sehr vernachlässigt, häufig sogar ganz geleugnet worden ist, und auf ihre Wirkung auf die Einzelerkrankungen mit grösserer Schärfe hinzuweisen, als es gewöhnlich in den specialistischen Lehr- und Handbüchern zu geschehen pflegt. Auf der anderen Seite lag aber die Gefahr nahe, und der Verfasser ist ihr nicht immer glücklich entgangen, die Bedeutung des Localbefundes gegenüber der Constitution zu gering zu achten. Die „exsudative Diathese“ erklärt gewiss manches, in erster Reihe müssen aber doch wohl die Grössen-, Formen- und Farbenveränderungen der Organe, wie sie uns die Untersuchung eventuell unter Zuhilfenahme des Mikroskopes lehrt und die Beobachtung der einzelnen Functionsstörungen Berücksichtigung finden.

Die allgemeine Ausführung des Verfassers verdienen an sehr vielen Stellen unsere ganz besondere dankende Anerkennung, geht er aber auf die Beschreibung der Organveränderung ein, so zeigt sich sehr häufig zu unserem Bedauern, dass der Verfasser kein Specialist ist. Um beides zu belegen, möchte ich den an vielen Stellen sich findenden Hinweis hervorheben, dass das beobachtete Fieber, dass der Kräfteschwund auch noch andere Ursachen hat, als den beobachteten Localbefund; ich möchte die ausserordentlich sorgfältigen und lesenswerthen Angaben

hervorheben, die der Autor über die Allgemeinbehandlung und namentlich über die Ernährung macht. Dagegen zweifle ich, dass z. B. die Ausführungen des Verfassers über Ozaena, über die Nase als Reflexorgan, über die Grösse der Rachentonsille, um nur einiges zu nennen, den Beifall vieler Laryngologen finden werden.

Trotz der gerade für den Specialisten bemerkbaren Mängel glaube ich, dass das Buch gerade in den Kreisen der Laryngorhinologen wegen der steten Hinweise auf die allgemeine Constitution mit grösstem Nutzen wird gelesen werden, während es mir fraglich erscheint, ob der Kinder- oder allgemeine Arzt sich aus dem Buche ein genügendes Bild der Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten der Kinder wird machen können. Sehr dankenswerth ist die Feststellung der entzündlichen Affectionen im Säuglingsalter, Affectionen, welche eventl. nur äusserst selten zur Untersuchung eines Specialisten gelangen. Den Laryngologen sei das Buch aus obigem Grunde bestens empfohlen. P. Heymann.

---

b) Bruno Goldschmidt. Stud. mus. Ein ärztlicher Rathgeber für Gesangsstudirende. Berlin und Leipzig 1914. B. Behr. 54 S.

Der Titel soll nicht Musensohn, sondern Musikbeflissener oder Gesangsschüler heissen. Der Inhalt ist etwas besser und zerfällt in 4 Abschnitte, deren erster eine berechtigte Warnung vor diesem Studium enthält. Der zweite beschäftigt sich mit der Frage: Gute oder schlechte Schule. Als Kriterium für letztere sieht G. Ermüdung und Erkrankung der Halsorgane an. Der dritte handelt vom Halsarzt, und hier wird ein bedenklicher Boden betreten, z. B. bei der Beurtheilung der Stimme auf Grund des laryngoskopischen Bildes. Das letzte Kapitel enthält eine berechtigte Warnung vor all zu häufigen Nasenoperationen, die aber nicht vor dieses, sondern vor ein ärztliches Forum gehört. Ob der Musikschüler viel von einer Publikation hat, in der auch nicht eine Silbe von Phonetik, funktioneller Diagnostik und Therapie steht, ist fraglich. Freilich, viel anfangen kann der Patient auch damit nicht. Nadoleczny.

---

c) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XXX. Sitzung vom 17. November 1912.

Anwesend 55 Mitglieder.

I. Preysing: Zur Operation der Hypophysentumoren. Erscheint unter den Originalen der „Medicinischen Klinik“.

II. Lüders: Die syphilitische Mittelohrentzündung.

III. Hugel: Radium in der Otologie.

IV. Henrici: Anästhesirung bei Rachenmandelexstirpation.

H. macht zunächst auf die Gefahren der Narkose mit Rücksicht auf den Kafemann'schen Fall von Exitus, der durch die stark vergrösserte Thymusdrüse erklärt wurde, aufmerksam und bemerkt, dass jede Mund- und Halsoperation eine Narkose gefährlicher mache. Er empfiehlt Localanästhesie und zwar durch Injection von 2 proc. Novocainlösung und Suprarenin in beide Gaumenmandeln (oberes



Drittel). Hierdurch trete Lähmung und Anästhesie des Gaumensegels ein, die eine fast schmerzlose Entfernung auch der Rachenmandel ermögliche.

Discussion:

Hopmann sen. erinnert daran, dass, als er behufs gründlicher Vornahme der Exstirpation der Rachen- und Gaumenmandeln die Narkose vor ca. 30 Jahren empfohlen habe, ihm allgemeine Ablehnung zuteil wurde, die aber bald in das Gegentheil umschlug. Wenn auch heute die örtliche Anästhesirung vervollkommnet sei, könne man doch bei schweren Fällen die Narkose nicht entbehren. Todesfälle seien dabei höchst seltene unglückliche Ereignisse, die aber auch bei örtlicher Betäubung nie mit absoluter Sicherheit zu vermeiden waren.

Buss empfiehlt bei Todesfällen Feststellung der Ursache und warnt vor Narkosen kurz nach schweren Infektionskrankheiten.

Falk empfiehlt Aethylchloridnarkose.

Preysing räth, die Narkose auf die notwendigsten Fälle zu beschränken, glaubt aber, dass bei Tonsillektomien sie nicht ganz zu entbehren sei.

Kronenberg bemerkt, dass die durch die Henrici'sche Anästhesie erzeugte vorzubeugende Lähmung des Gaumensegels die Operation jedenfalls wesentlich erleichtere, da gerade das Eingehen mit dem Instrument um das Gaumensegel besonders schmerzhaft sei.

Heermann: Ueber Nasenverkleinerung.

Bei einer ungewöhnlich breiten Nase wurde durch zweizeitige Exstirpation je zweier Streifen aus der Innenseite der Spitze und aus dem Boden des Naseneingangs eine wesentliche Verschmälerung (ohne sichtbare Narben) erreicht.

Ueber Septumoperationen bei Kindern und über die Verhütung von Perforationen.

H. hat 21 Kinder im Alter von 6—14 Jahren operirt in Localanästhesie und nur in einem Falle eine kleine Perforation gesehen. Er glaubt, dass Fehlen in der Schnittführung und mangelhafte Ablösung der Schleimhautperiostlappen oft die Schuld an der Perforation tragen. Er entfernt den verbogenen Theil des knorpligen und knöchernen Septums mit Scheere, oft in einem Stück. Die Operationen wurden nur vorgenommen, wenn die Nasenatmung durch ein verbogenes Septum verlegt war.

Discussion:

Henrici bemerkt, dass bei complicirten Deviationen, die durch eine Septumzertrümmerung entstanden sind, eine glatte Ablösung der Schleimhaut ohne Perforation oft unmöglich sei.

Buss: a) Asymmetrie des Gesichts bei der Diagnose der Erkrankungen der Oberkieferhöhle.

B. macht auf die besonders bei Neubildungen der Oberkieferhöhle auftretende Auftreibung der betreffenden Gesichtshälfte aufmerksam, die besonders stark bei Durchbruch der facialen Wand in die Erscheinung tritt, und erwähnt, dass auch

bei gewöhnlichen Entzündungen der Oberkieferhöhle durch Oedem der Weichtheile eine scheinbare Asymmetrie beobachtet wurde. Bei einem von ihm beobachteten Fall von Empyem der Highmorshöhle blieb auch nach fast vollkommener Beseitigung der Beschwerden durch Operation von der Nase aus die Asymmetrie bestehen, die aber, wie nachträglich festgestellt wurde, bereits seit Geburt bestanden hat.

b) Localisation eines acuten Gichtanfalles im Larynx.

Bei einem 60jährigen Gichtiker, der B. wegen ausserordentlich heftiger Schluckbeschwerden consultirte, wurde eine starke Röthung und Schwellung der Epiglottis festgestellt; am freien Rande einige gelbgraue linsengrosse Flecken, die B. für Ablagerungen von Harnsäure hielt. Auf Cocainspray und Aspirin trat schnelle Besserung der Beschwerden ein, während sich gleichzeitig eine Schwellung des rechten Knies einstellte.

Discussion:

Kronenberg sah bei Gichtikern Anfälle, die einer acuten, nicht abscedirenden Peritonsillitis ähnelten.

Blumenfeld hält die Localisirung der Gicht in den oberen Luftwegen für sehr selten und bemerkt, dass für den acuten Anfall wesentlich das Arygelenk in Betracht komme.

Ottersbach: Durch mehrjährigen Fremdkörper bedingte äussere Nasenverunstaltung, die eine Plastik erforderte.

Es handelte sich um einen Defect des äusseren rechten Nasenflügels bei einem 8jährigen Kinde, verursacht durch den Druck eines jahrelang in der Nase liegenden Gummipfropfens einer Kinderflasche.

Vohsen: Perforation des Oesophagus durch Oesophagoskopie. Carcinom im oberen Drittel des Oesophagus.

Der Patient, 53 Jahre alt, consultirte V. wegen Schluckbeschwerden; mit der Sonde wurde ein Hinderniss im oberen Drittel der Speiseröhre festgestellt. Es wurde dann mit Brünings'schem Rohrspatel (1 cm) mit Mandrin der Patient sitzend ösophagoskopirt, glitt aber nach Einführung des Verlängerungsrohres bei einer plötzlichen Abwehrbewegung vom Schemel, wobei das Rohr in situ blieb. Es wurde leicht geröthete und etwas blutende Vorwölbung im oberen Viertel des Oesophagus festgestellt. Pat. konnte ohne Beschwerden nach Hause gehen; nach 2Stunden heftige Schmerzen im Hals und Rücken; leichtes Emphysem im Jugulum. Nach 4 Tagen nur noch Schmerz in der Gegend der Herzspitze. Febris continua remittens. Bei Zunahme der Schluckbeschwerden trat profuser eitriger Auswurf ein, gleichzeitig Dämpfung und bronchiales Athmen hinten unten; Ernährung mit Schlundsonde, die leicht passirte. Exitus nach 2 Wochen.

Bei der Section zeigen beide Unterlappen fibrinöse Auflagerungen; beim Herausnehmen der Halsorgane wird eine grosse Abscesshöhle, die bis zum vierten Halswirbel und weit in das Mediastinum reicht, freigelegt. Im Oesophagus dicht unter dem Ringknorpel links eine breite, unregelmässig vorspringende Geschwulst,

ihr gegenüber eine linsengrosse Oeffnung in der Oesophaguswand, die in den Abscess hineinführt.

V. glaubt, dass eventuell bei Anwendung des Brünings'schen Schemels oder bei Oesophagoskopie im Liegen die Ruptur hätte vermieden werden können. Er spricht sich trotz des unglücklichen Ausganges für frühzeitige Oesophagoskopie aus und glaubt, dass gerade dieser Fall durch Oesophagotomie eventuell hätte zur Heilung gebracht werden können. Zur Untersuchung dieser in und etwas unter dem Oesophagusmund gelegenen Fälle hält V. das Brünings'sche gefensterte Schnabelrohr für sehr geeignet.

Discussion:

Blumenfeld glaubt, dass bei Hypopharyngoskopie nach dem von ihm angegebenen Verfahren der Tumor vielleicht festzustellen gewesen wäre und macht auf die Gefahren der Oesophagoskopie und die Möglichkeit, die Diagnose durch andere Hülfsmittel zu stellen, aufmerksam.

Henrici empfiehlt, bei hochsitzenden Carcinomen das vorn abgeschrägte Oesophagoskop ohne Mandrin gleich unter Leitung des Auges einzuführen.

Moses.

---

d) Belgische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Februar 1914 im St. Johannishospital in Brüssel.

Vorsitzender: F. Vues.

A. Referate.

Vues (Brüssel): Bericht über die Arbeitsverminderung in Folge von Arbeitsunfällen, welche Kehlkopf, Ohr und Nase betreffen.

Nach vorheriger Auseinandersetzung einiger juristischer Betrachtungen und eingehender Erwägung hauptsächlich der Art und Weise, wie die absolute Arbeitsunfähigkeit aufzufassen sei mit Berücksichtigung des vorherigen Zustandes des Betroffenen dem Wunsche des Gesetzes gemäss, führt der Autor der Reihe nach verschiedene Traumatismen an, welche auf jeden Theil des Gehörorgans Bezug haben, und studirt den Einfluss, welchen sie auf den Werth der Arbeitsleistung ausüben können.

Unfälle, welche der Kehlkopf erleidet, sind relativ selten. Sie veranlassen eine Arbeitsbeeinträchtigung, wenn ein Respirationshinderniss oder Aphonie dadurch entsteht. Die Indemnität im Falle eines Respirationshindernisses wechselte je nach den Arbeitsverhältnissen von 5—50 pCt. Das beständige Tragen einer Kanüle zieht im Allgemeinen eine absolute Arbeitsunfähigkeit nach sich. — Die Stimmstörungen sind für Handarbeiter weniger belangreich als für solche, welche sich ihrer Stimme bedienen müssen. Die Entschädigung beläuft sich auf 0—30 pCt.

Die Unfälle der Nase sind im Allgemeinen wenig schwer. Die durch fehlerhafte Narben verursachte Entstellung ist 5—15 pCt. werth, während der totale Verlust auf 15—30 pCt. abzuschätzen ist. — Einseitige, wenig nachtheilige

Stenosirung berechtigt manchmal zu einer Entschädigung von 5—10pCt. Die doppelseitige Verlegung wäre eine Benachtheiligungsursache von der Höhe zwischen 15—20pCt. — Das Vorhandensein einer Sinusitis gestattet eine Entschädigung von 5—10pCt.

Die traumatischen Neurosen in Folge von Ohr-, Kehlkopf- und Nasenunfällen kommen häufig vor. Sie treten unter äusserst verschiedenen Symptomen auf; man schätzt sie ab, als wenn es sich um eine wirkliche Störung handelte, und es liegt sogar im Interesse beider Parteien, die Sache mit der Entschädigung möglichst rasch abzumachen, was nebenbei ein wunderbares Heilmittel bildet. Eine Revision innerhalb dreier Jahre ist immer möglich.

Der letzte Theil des Berichts ist der Syphilis reservirt. Die Infection kann durch die traumatische Ursache selbst stattfinden, und handelt es sich in diesem Fall um eine wahre traumatische Syphilis; oder sie geschieht später durch Inoculation an der verletzten Stelle, so dass diese als Eintrittspforte gedient hat. Da nun andererseits eine alte Syphilis dazu geeignet ist, die Folgen eines Unfalls zu verschlimmern, so wird man dementsprechend die Entschädigung festzustellen haben. Das dürfte aber nicht mehr der Fall sein, wenn die nach dem Unfall acquirirte Syphilis, die mit demselben nichts zu schaffen hat, Complicationen herbeiführte.

Die Rolle des Traumatismus beim Wiedererwachen einer latenten Syphilis kann nur unter gewissen Umständen zugelassen werden. Jedenfalls giebt die Syphilis kein Recht zu einer Vergütung, ausser wenn sie deutlich ausgesprochene Störungen veranlasst, die dann als solche in Erwägung kommen.

Zum Schluss verlangt V. die Verlängerung der Frist des Klageverfalls und der Revision, welche gegenwärtig nicht ausreichen; er spricht der Schaffung von Bezirksräten für die Schadenabschätzungen das Wort, wodurch der Bericht der mit der Begutachtung beauftragten Aerzte von allen technischen und juristischen Fragen entlastet würde; endlich äussert er den Wunsch, die Wohlthaten des Gesetzes sich auf die professionellen Krankheiten erstrecken zu sehen.

Die Discussion bewegt sich hauptsächlich auf dem otologischen Gebiet. Was die traumatischen Gesichtsentstellungen anbelangt, so ist Broeckaert der Ansicht, dass man den psychischen Störungen, die sich häufig darnach einstellen, Rechnung zu tragen habe.

Capart jr. stimmt dem Berichterstatter bezüglich des den Trachealkanülenträgern zuzusprechenden Entschädigungssatzes nicht bei. Er hat mehrere Tracheotomirte gekannt, die im Stande waren, eine recht tüchtige Arbeitsleistung zu vollbringen. Es wäre daher ein Missgriff, sie alle für total arbeitsunfähig zu erklären.

Beco kannte einen wegen Laryngotyphus tracheotomirten Lohnkutscher. Er befürwortet die Tracheotomie bei alten Kanülenträgern.

Dewatripont führt auch einige Beobachtungen an.

Vues antwortet den Rednern.

Diverse Mittheilungen:

Broeckaert (Gent): Die internationale Ozaenanachforschung:
B. macht bekannt, dass das belgische Comité für die internationale Sammel-



forschung über die Ozaena sich definitiv constituirt habe, und die Arbeiten der Nachforschungen seit Januar d. J. eingeleitet sind. Die Regierung hat unserem Werke seine höchste moralische und finanzielle Unterstützung zu Theil werden lassen. An alle Aerzte des Landes wurde ein Circular gerichtet, um ihnen den Zweck und den Gegenstand der Sammelforschung bekannt zu machen und sie zu veranlassen, die Fälle von wahrer und zweifelhafter Ozaena aufzuspüren. Diese Kranken werden dann an Specialkollegon überwiesen, welche dieselben einer sorgfältigen Untersuchung unterwerfen und die Details auf speciell dafür ausgegebene Beobachtungsbögen zu notiren haben.

B. betont die Wichtigkeit der Blutuntersuchung vom Gesichtspunkt der Syphilis, der der Cutireaktion von dem der Tuberculose, und der Untersuchung der Nasennebenhöhlen von dem der Sinusiten aus. Er macht auf die letzten Arbeiten von Perez über den ätiologischen Wert des Coccobacillus aufmerksam, der immer mehr seinen Rivalen gegenüber Fuss fasst und dessen Specifität quasi nachgewiesen ist. Er fordert alle seine belgischen Collegen auf, sich tüchtig mit diesem wichtigen Punkte der pathogenen Geschichte der Ozaena zu befassen und zeigt, in welchem Sinne diese Untersuchungen angestellt werden sollten.

Trétrôp (Antwerpen): Einige Worte bezüglich des Charlatanismus in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Nachdem der T. zuerst in Erinnerung gebracht, dass die Unterdrückung des Charlatanismus den Gegenstand eines einstimmigen Wunsches des internationalen Otologencongresses in Bordeaux im Jahre 1904 gebildet, weist er auf den Schaden hin, welchen die Charlatane den Kranken bereiten, indem sie dieselben einer sachgemässen zur richtigen Zeit eingegangenen Behandlung berauben. Er bemüht sich, die Gleichgültigkeit der Specialärzte, deren Interessen doch eng mit denen der Kranken verknüpft sind, aufzurütteln. Das Publicum müsse hauptsächlich durch die Gründung kleiner Charlatanismusmuseen in Spitälern, Museen für Hygiene etc. aufgeklärt werden. Er fordert die belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft auf, sich an die belgische Nationalliga gegen den Charlatanismus anzuschliessen. Schliesslich macht er bekannt, dass im kommenden Mai in Antwerpen eine Ausstellung sozialer Werke, wovon eine Sektion der Aufklärung über den Charlatanismus gewidmet sei, stattfinden werde. Die sehr wichtige Frage des Charlatanismus in der Oto-Rhino-Laryngologie dürfte nächstens der Gegenstand eines Dank der Beihülfe aller Mitglieder der Gesellschaft reichlich dokumentirten Berichtes werden.

Der Generalsekretär schlägt den Anschluss der Gesellschaft an die belgische Nationalliga gegen den Charlatanismus vor und der Vorschlag wird einstimmig angenommen.

Calles: Die Frage der Taubstummen in Belgien und hauptsächlich am Institute von Berchem-St. Agathe.

Gründliche Studie der Rolle der Taubstummen- und Blindenanstalten in den verschiedenen Ländern, hauptsächlich in Dänemark, Deutschland und den Vereinigten Staaten Amerikas. — Der Autor zeigt die Ueberlegenheit des auf Grund der Classifikation der Kinder vom Gesichtspunkt der erzieherischen Empfänglich-

keit aus gegebenen Unterrichts. Der Hauptfehler der analogen belgischen Anstalten bestehe darin, dass man keine Auswahl unter den Kindern treffe und ebensogut die Anormalen, Degenerirten, Epileptiker, geistig Zurückgebliebenen, wie die Taubstummen annehme. Daraus ergäbe sich ein bedauerlicher Missstand, der den Fortschritt der allein verbesserungsfähigen Schüler, der „wahren Taubstummen" behindere. Es sei an der Zeit, dass die Regierung die Taubstummen- und Blindenanstalten von dem Justizministerium an das des öffentlichen Unterrichtswesens abgebe; dass der Unterricht Spezialprofessoren, die dafür ein eigenes Examen abgelegt, übergeben und die Ueberwachung von competenten Leuten ausgeführt werde.

Die Anstalt von Berchem-St. Agathe bemühe sich, das Beste zu leisten; die Professoren machen eine Vorbereitungszeit durch und legen Privatprüfungen ab. Das ist gut, aber genügt noch nicht. Es ist eine vollständige Revision der Gesetzgebung hinsichtlich der Taubstummen erforderlich.

Dewatripont: Verhütung der Syphilisinfection vom Munde aus bei Glasbläsern.

Der Autor hat eine Untersuchung über die Uebertragung der Syphilis vom Munde aus bei Glasbläsern angestellt und macht einen eingehenden Bericht über diese interessante Frage. Die Glasbläser verkennen die Gefahr, welche sie bedroht; sie halten sich für geheilt, wenn die äusseren Manifestationen der Krankheit verschwunden sind. Ihre soziale Lage ist miserabel, denn sie sind unter die Arbeitsunfälle eingereiht, obgleich sie gelegentlich ihrer Profession erkranken. Ohne weder entschädigt noch unterstützt zu werden, befinden sie sich in einem Zustand von Inferiorität und reklamiren mit vollem Recht den Vortheil des Gesetzes über die Arbeitsunfälle und Gewerbskrankheiten. Es steht dem Gesetzgeber zu, den gegenwärtigen Zustand der Dinge abzuändern und die Arbeit der Glasbläser zu reglementiren, eine permanente ärztliche Aufsicht dieser Arbeiten in Bezug auf die Syphilis einzurichten und zu verlangen, dass sie sich der Wassermann'schen und Nogucchi'schen Probe unterwerfen.

Um die direkte Ansteckung zu verhüten, empfiehlt D. den obligatorischen Gebrauch eines speziellen Ansatzstückes für jeden Arbeiter, welches an das Blasrohr angesetzt wird. Es wäre auch am Platze, dass alle Arbeitsgegenstände sein persönliches Eigentum wären, und ihm der Gebrauch derselben ausschliesslich zuständе.

Endlich müsse man durch Vorträge den Glasarbeiter auf die Gefahr aufmerksam machen, der er sich durch seine Profession aussetzt. Die Unterweisung und Erziehung muss den Kindern, welche sich für die Glasbläserprofession entscheiden, von früher Jugend auf beigebracht werden. Vor allem aber bemühe man sich, sie von dem Alkoholismus, der auch die sonstige Quelle vieler Uebel bildet, fernzuhalten.

Galant jr. (Brüssel): Arbeitsunfall den Kehlkopf betreffend.

Beim Abschrauben einer kupfernen Haube von der Querachse eines Wagenrades wurde der Kutscher in Folge einer falschen Bewegung mit gestrecktem Halse auf die Cautschucbandage der Radfelge geschleudert. Durch den direkten Anprall

an die vordere linksseitige Gegend des Schildknorpels kam ein Traumatismus zu Stande. Sofortige Rauhigkeit und lebhafter Schmerz beim Schlucken ausstrahlend nach der ganzen Nachbarschaft. Kein blutiger Auswurf. Druck auf die Mittellinie schmerzhaft, besonders in der Nachbarschaft des oberen Schildknorpelrandes. Kein Gefühl von Crepitation. Laryngoskopisches Bild: ekchymotische Blutinfiltration des linken Stimmbandes, welches seiner ganzen Länge nach eine lebhafte rothe Färbung zeigt. Beweglichkeit erhalten, die vorn und seitlich aufgenommene Radiographie liefert kein Zeichen, das erlaubte, eine Fraktur oder eine wichtige Verlegung des Knorpels anzunehmen. Der Autor erinnert diesbezüglich an das von Rethi anempfohlene Verfahren, die radiographischen Bilder des Kehlkopfes klarer wiederzugeben. Einfache Behandlung: Ruhe für die Stimme, Inhalationen, feuchtwarme Umschläge. Restitutio ad integrum nach ungefähr 3 Wochen.

Die Prognose dieser Läsionen ist nicht immer günstig. Man hat bleibende Störungen verzeichnet, sogar in Fällen, bei welchen die Folgen als gutartig vorauszusehen waren.

Bayer: Vollständiges Verschwinden einer bösartigen Geschwulst der linken Mandel durch die Application von Radium.

Es handelt sich um eine rasch sich entwickelnde, taubeneigrosse Geschwulst der linken Mandel bei einem Collegen von 67 Jahren; dieselbe füllte den Racheneingang beinahe vollständig aus, verursachte Respirations- und Sprachstörungen und verdrängte das Gaumensegel nach oben.

Nach localer Application von Radium in sechs Sitzungen von je 1 Stunde war die Geschwulst vollständig verschwunden. Dieselbe hatte makroskopisch das Aussehen mehr eines Epithelioms als eines Sarkoms. Ein derselben entnommenes Stück wird nähere Auskunft über ihren histologischen Bau geben. Der Fall stammt aus allerjüngster Zeit und wird der Autor in der nächsten Sitzung der Gesellschaft nähere Aufschlüsse darüber geben und auch mittheilen können, ob die Heilung angehalten und kein Recidiv weder local noch regionär und keine Metastasen aufgetreten sind.

Bayer.

---

e) Französische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Jahresversammlung in Paris vom 11.—15. Mai 1914.

(Rhinolaryngologischer Theil).

Weissmann, Präsident, begrüsst die Anwesenden, unter denen sich zahlreiche fremde Gäste befinden. Er verliest den Nekrolog auf die im Jahre verstorbenen Mitglieder (Guichard, Duchenne, Violett, Gellé fils, Marc Muché).

Castex (Paris): Ueber die bronchopulmonalen Complicationen in der Chirurgie des Pharynx und des Larynx.

Die gefährlichsten Complicationen sind: 1. die reflectorische Lungenentzündung, die am 2. Tage nach der Operation auftritt, 2. die septische Pneumonie, die vom 4. bis 8. Tage sich zeigt, 3. die Pneumonia e frigore, 4. die langsame schleichende septische bronchopulmonale Infection, an der Patient 3—5 Wochen

nach der Operation zu Grunde geht. Zur Prophylaxis empfiehlt Castex genaue Mund- und Zahnpflege vor der Operation. Keine Allgemeinnarkose. Zweizeitige Operation mit fester Einnähung der Trachea in die Haut bei der Laryngektomie. Nach der Tracheotomie soll, wenn Blut in die Trachea gelangt ist, Luft in dieselbe eingeblasen werden. Keine Trachealcanüle, dafür aber Schlundsonde für 8 Tage. Häufige und sorgfältige Drainage mittelst Gaze.

Mouret (Montpellier): Ueber die endonasale Behandlung der frontoethmoidalen Eiterungen.

Es wird die Methode von Vacher und Denis empfohlen. In den meisten Fällen genügt die Ausräumung des Siebbeins, um in die Stirnhöhle freien Zugang zu gewinnen.

Fiocre und Labernadie (Paris): Ueber die endonasale Behandlung der frontoethmoidalen Eiterungen.

Die Autoren begnügen sich in 8tägigen Sitzungen das Siebbein auszuräumen, die mittlere Muschel zu entfernen, ohne sich an die Stirnhöhle zu machen. Es hat diese Art des Verfahrens in 12 Fällen genügt, um Stirnhöhleneiterungen zur Ausheilung zu bringen.

Discussion:

Luc empfiehlt die Methode von Mosher bei acuten Stirnhöhleneiterungen. Bei chronischen kann man einen Versuch mit der Methode von Vacher und Denis machen, jedoch scheint es ihm, dass bei grossen vielkammerigen Höhlen der Versuch misslingen muss.

Lubet-Barbon vertheidigt die Ideen seiner Schüler Labernadie und Fiocre. Das Siebbein ist der Schlüssel der Stirnhöhle. In vielen Fällen genügt die Heilung der Siebbeineiterung.

Vacher constatirt mit Vergnügen, dass die endonasale Behandlung der Stirnhöhleneiterung an Feld gewinnt.

Vacher hat mit der endonasalen Methode in den letzten Jahren alle seine Fälle von Stirnhöhleneiterung ausgeheilt. Er kann seine Methode und die Instrumente von Denis (die Sonde Rape) nur bestens empfehlen.

Lafite Dupont erwähnt die Schwierigkeiten, die man bei allzu engem Naseneingang finden kann. Sonst ist die Methode von Vacher und Denis ausgezeichnet. Er empfiehlt eine eigene Curette, die von oben nach unten schneidet und dazu dient, den Boden der Stirnhöhle breit zu eröffnen, was mit dem Instrument von Denis manchmal schwierig ist.

Guisez bleibt den äusseren Methoden treu, trotzdem er vier Todesfälle zu beklagen hat. Diese Todesfälle sind einer mangelhaften Drainage zuzuschreiben. Guisez vernäht nicht, drainirt alles breit nach unten. Es tritt Heilung ohne Entstellung ein, wenn die Spange conservirt wird.

Bonin hält ebenfalls den endonasalen Weg für sehr gefährlich. Uebrigens erscheint es ihm nicht möglich, die breite Communication zwischen Stirnhöhle und Nasenhöhle offen zu halten.

Mouret erklärt, dass die Communication, wenn sie breit genug angelegt ist, auch breit bleibt. Die in den auf die Operation folgenden Tagen entstehende Schwellung markirt anfangs die Verhältnisse, doch vergeht sie spontan.

Mignon (Nizza): Congenitale Missbildung des Naseneinganges. Diaphragmabildung.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Difformitäten der Nase. Lebende Prothese aus Knorpel und Knochen.

Bericht über einige schon anderwärtig publicirte Fälle, die S. zusammen mit Berard und Vignard operirt hat. Die in Ringer'scher Flüssigkeit aufbewahrte Prothese hat sich nicht bewährt, sondern ist resorbirt worden.

Bourguet (Toulouse): Ueber Correctur der missgestalteten Nasen ohne äusseren Schnitt.

Allgemeinheiten und Mittheilung einiger persönlicher Fälle von gut gelungenen Correcturen. Statt Paraffin verwendet B. jetzt ausschliesslich nur Knorpel- oder Knochentransplantation.

Discussion:

Claoué fragt, ob die Technik Bourguet's in etwas verschieden ist von der von Jacques Joseph und ob er eigene Instrumente besitze.

Bourguet erwidert, dass Technik und Instrumente die von Joseph seien, dass es jedoch nicht nöthig ist, besondere Instrumente zu haben.

Trétrôp (Antwerpen): Die rationelle Behandlung der Nasenwege.

Empfohlen wird die Gaumenathmung nach Zielinsky (Berlin 1911) und respiratorische Athemübung.

Lavrand (Lille): Das Geruchsvermögen bei Ozaenakranken.

Das anfangs normale Geruchsvermögen verliert sich durch die Ansammlungen von Krusten im mittleren Nasengang infolge von Inactivitätsatrophie.

Pistre (Grenoble): Neosalvarsan bei Ozaena.

Besserung in einem Falle von Lues und Ozaena. Mit Rücksicht auf die häufige ätiologische Zusammengehörigkeit dieser beiden Affectionen sollte Neosalvarsan öfter bei Ozaena verwendet werden.

Bichaton (Reims): Zwei Fälle von complicirter Kieferhöhleneiterung.

Fremdkörper und Diabetes in dem einen Fall und Lungengangrän in dem anderen Fall.

Mossé (Perpignan): Adenoide Vegetationen und Acetonerbrechen.

Anfangs als Complication infolge von Aethylchloridnarkose gedeutet wurde ein colossales Erbrechen durch den Geruch und die Anamnese als Folge von Acetonämie erkannt.

Lafite-Dupont (Bordeaux): a) Neue Operationsmethode (versteckter Schnitt) für die Oberkieferresection, und zum Zugang zur Keilbeinhöhle und zum Cavum.



b) Epitheliom des Siebbeins und der Kieferhöhle bei einem 14 jährigen Mädchen.

Die Schnittführung des Autors wurde zur Operation benützt, nach Carotisunterbindung. Seit November 1913 kein Recidiv. 2 Radiumbestrahlungen und Einspritzungen von Elektrocuprol.

Chavanne (Lyon): Syrgol in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Syrgol wird wie Protargol angewendet und ist die colloidale Form eines Silbersalzes.

Vacher und Denis (Orléans): Amygdalektomie und postoperative Blutung.

Es wird ins Mandelgewebe eingeschnitten und mit der eigenen kalten Schlinge der Autoren die Mandel entfernt. Sollte Blutung auftreten, so werden 2 Holzstäbe, die am Ende in Wasserstoffsuperoxyd getaucht sind, in die blutenden Wunden gedrückt.

Discussion:

Luc empfiehlt die Naht der Gaumenbögen, die man prophylaktisch in jedem Fall von Totalextirpation machen sollte solange Patient noch unter der Lokalanästhesie sich befindet.

Jacques empfiehlt die Totalexstirpation auch bei kleinen Kindern, die er immer mit der Glühschlinge macht.

Garel ist ganz der Meinung wie Jacques, nur dass er keine Anästhesie verwendet. Er hat eine winzige Nachblutung am 5. Tage gesehen, die von selbst stand.

Moure findet, dass man immer in dieselbe Discussion verfällt. Er wiederholt seinen Mahnruf gegen die Totalexstirpation der Mandeln, die er für eine gefährliche und unnütze Operation hält.

Gault verwendet die Glühschlinge nur bei Erwachsenen. Bei Kindern benutzt er die Schlinge von Vacher. Gegen Blutungen empfiehlt er das Compressorium von Bosviel, dessen Manipulationen die Wärterinnen kennen müssen.

Jacques (Nancy): Behandlung der palato-pharyngealen Synechie.

Es wird lateral ein Gang durch die Synechie mit dem Kauter gebohrt. Durch diesen Gang und die persistirende Oeffnung ein Draht (oder ein Drain?) gezogen und im Munde geknotet. Nach einem Monat kann man die Synechie trennen und ohne jede Nachbehandlung lassen. Der vor einem Monat gebildete mittlerweile überhäutete Gang verhindert die Neubildung der Synechie.

Baldenweck (Paris): Brosche, die einige Monate im Pharynx eines Säuglings gelegen hatte.

Garel (Lyon) und Pistre (Grenoble): Enormes Angiom mit tödtlichem Ausgang bei einem 3 jährigen Kinde.

Nach Röntgenbestrahlung hat sich das Angiom in ein Sarkom verwandelt, das rapid anwuchs.



Pautet (Limoges): Drei Fälle von Nasenrachenfibromen mittels Electrolyse geheilt.

Der eine Fall war vorher schon von aussen operirt worden. Sämmtliche Fälle hatten Ausläufer in die Nase gehabt. Die Behandlung war immer lang. Patienten (einer 14jährig!) haben die relativ starken Ströme gut vertragen.

Perretière (Lyon): Dysphonien infolge von Mutation.

Die häufigste Störung ist die infantile Stimme. Seltener sind die Mogiphonie (Stimmschwäche) und die spastische Aphonie.

Jacod (Lyon): Ueber Sarkome der knorpeligen Tuba.

Frühsymptome sind: Tubenverschluss, einseitiger Kopfschmerz, Fremdkörpergefühl im Rachen. Nasenverschluss tritt erst spät auf und ist einseitig.

Lombard (Paris), Sargnon (Lyon) (Referenten): Indicationen und Technik der Laryngektomie.

Lombard bespricht nur die Laryngektomie bei Krebs. Neben den Indicationen bespricht er die Localisation des Krebses in erster Linie. Im Allgemeinen ist der auf das Stimmband beschränkte Krebs einer Thyreofissur zugänglich; sonst ist die Radicalbehandlung des Krebses nur in der Laryngektomie gegeben. Es muss aber mit dieser Indicationsstellung vorsichtig umgegangen werden, da secundäre Umstände (Resistenz des Patienten, seine sociale Stellung, die Natur des Krebses) mit zu berücksichtigen sind. Auf die Technik eingehend beschreibt Lombard in grossen Zügen die Operationsmethode von Gluck und Périer, die einzeitig sind, und die zweizeitige Methode (Le Bec, Sebileau und Lombard, Sebileau Roupt), bei der anfangs Tracheafistulisation oder Tracheotomie gemacht wird und 3 Wochen später die Laryngektomie ausgeführt wird. Auf das Genauere geht Lombard nicht ein, bespricht jedoch die Anästhesie, die Lappenbildung, die Pharynxversorgung, die Nachbehandlung. Es ist unverkennbar die unmittelbare Mortalität bei Laryngektomie in den letzten Jahren sehr viel besser geworden, selbstverständlich viel besser als die Statistik der Dauerheilungen. Unter den letzteren ist die Statistik von Gluck und Botey aus der spanischen Schule unerreicht.

Sargnon behandelt so ziemlich alles, was grosschirurgisch am Larynx vorgenommen worden ist. Er spricht von der Thyreofissur, der Hemiresection des Larynx wie von der Totalexstirpation des Kehlkopfs aus allen Indicationen, vom Krebs abgesehen. Man findet in dieser Zusammenstellung Sargnon's sehr werthvolle bibliographische Auskünfte. Neben der Arbeit von Tritto (Anatomia chirurgica della regione etc.) und als deren Ergänzung ist das Referat eine ganz ausgezeichnete Quelle für alle zukünftigen Arbeiten über den Gegenstand. Daneben findet man auch vielfach Angaben aus der persönlichen Erfahrung Sargnon's, die den Lesern bekannt sind aus den wiederholten anderen Publicationen Sargnon's. Im Referat selbst findet sich die von Sargnon und Joubert empfohlene Methode der operativen Behandlung der Fixation der Stimmbänder in Medianstellung sogar zwei Mal besprochen. Auf die locale Anästhesie geht Sargnon besonders ein. Er empfiehlt namentlich die sogenannte paravertebrale Anästhesie, d. h. die Anästhesie des Plexus cervicalis, deren Technik er nach Pauchet wiedergiebt.

Discussion:

Moure hält die Laryngektomie trotz aller technischer Verbesserungen für eine schwere, oft tödtliche Operation und er trachtet so oft es geht, mit schonenderen Proceduren auszukommen. Namentlich beim Sarkom empfiehlt Moure die Thyrotomie. Die Methode von Gluck ist nur bei starken Individuen gestattet. Bei den anderen ist es vortheilhaft, zuerst die Tracheotomie zu machen und auf diese Weise erst für die Resistenz des Patienten einen Prüfstein zu finden.

Molinié ist ebenfalls der Meinung, dass vorläufig wenigstens bei den französischen Patienten die Abstinenz noch die beste Politik ist. Man hat in Frankreich noch nicht die grosse Erfahrung mit der Laryngektomie wie Gluck und die Spanier, weil sozusagen psychologische Gründe da sind, die die französischen Patienten verhindern, in eine verstümmelnde Operation wie die Entfernung des Kehlkopfes einzuwilligen. Erst wenn neben den chirurgischen Resultaten die functionellen sich gebessert haben werden, wird man in Frankreich ebenfalls anfangen die Laryngektomie zu machen.

Castex hält die Laryngektomie nicht für eine schwere Operation. Er citirt einen Fall, in dem er den ganzen erkrankten Kehlkopf wie einen Tumor ausgeschnitten hat ohne auch nur eine Ligatur machen zu müssen.

Jaques meint, dass alle Krebse ohne Ausnahme, solange sie noch endolaryngeal sind, nach Gluck operirt werden sollen. Sobald aber der Krebs den Larynx überschritten hat, dann ist wohl nur noch die Tracheotomie angezeigt, dann wenn der Operateur keine besondere Erfahrung hat, so sind die Dauerresultate dieser grossen Operationen nur sehr fragliche.

Broeckaert empfiehlt eine neue Methode der partiellen Laryngektomie, wobei vom Schildknorpel der obere und untere Rand erhalten werden. Durch diese Bresche hat Broeckaert den Larynx ausgeräumt. Der Vortheil der Methode liegt in der kurzen Nachbehandlung. Man kann die Kanüle oft noch am 5. Tage herausnehmen.

Goris hat bei 8 Fällen von Tuberculose Laryngofissur gemacht. Ein einziger Fall ist geheilt. Besser waren die Resultate der Laryngofissur beim Krebs. Das wichtigste nach der Laryngektomie ist die Nachbehandlung. Goris macht Gastrostomie und lässt den Operirten durch 4 Tage constant den Speichel aus dem Munde wischen. Die Fixation der Trachea in die Haut ist eine Täuschung. Die Mediastinitis bleibt dadurch nicht aus.

Guisez ist überzeugt, dass die Laryngektomie niemals Gemeingut aller Laryngologen werden wird. Guisez hat 3 Laryngektomien gemacht und alle 3 Fälle durch kleine später erkannte Fehler verloren. Hingegen hat er mit 5 partiellen Laryngektomien bei Krebs kein Unglück gehabt und durch die Combination mit Radiumbehandlung sogar allem Anscheine noch 2 Dauerheilungen erzielt.

Mouret bespricht die Schwierigkeiten der Nachbehandlung, für die das Pflegepersonal in den Krankenhäusern nicht ausreichend und nicht genügend eingeübt ist. Desgleichen macht Mouret aufmerksam, dass auf die histologische Diagnose nicht unbedingter Verlass ist und citirt vier Fälle, die nach ganz

kleinen Eingriffen dauernd geheilt sind, trotzdem in allen Fällen die histologische Diagnose auf Krebs lautete.

Sargnon empfiehlt nachträglich die Laryngektomie bei Enchondromen des Larynx, da diese Tumoren zumeist sehr maligne werden. Sargnon hält die zweizeitige Operation nicht für milder und durchaus nicht von Vortheil für die Patienten, die durch Laryngektomie operirt werden sollen. Auch Sargnon dankt dem Radium einige schöne Resultate. Die Gastrotomie hat er unlängst ebenfalls mit Bérard zusammen bei einem Patienten ausgeführt, bei dem ein Krebs des Oesophagusmundes operirt worden ist, mit Belassung des Larynx.

Lombard verlässt sich auch nicht auf die histologische Diagnose, sondern lässt sich durch den klinischen Eindruck leiten. Die zweizeitige Operation ist entschieden in vielen Fällen anzuempfehlen, wobei man die Tracheotomie kaum eine Operation nennen kann. Auf Statistiken giebt Lombard im allgemeinen nicht viel. Jeder Fall ist einzeln für sich zu betrachten.

Lemaitre (Paris): Zwei Fälle von Laryngektomie unter localer Anästhesie.

Die Patienten und die Präparate wurden demonstrirt. L. hält die Laryngektomie unter localer Anästhesie für eine leichte Operation.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur Laryngostomie. Vergleich zwischen Tracheocricostomie und der cricotrachealen Resection.

Die Tracheocricostomie giebt bei Stenosen, die sich auf den Ringknorpel beschränken, stimmlich gute Endresultate. Bei der Laryngostomie verwendet S. jetzt Caoutchoucdrain, die mit Gaze und Guttapercha umwickelt werden.

Moure und Got (Bordeaux): Die Thermotherapie bei gewissen Formen von katarrhalischer und tuberculöser Laryngitis.

Ein durch den electrischen Strom erhitzbarer Stoff (bei Hergoll in Belfort) wird als Kravatte den Patienten umgelegt. Gute Resultate bei katarrhalischer Laryngitis. Vorsicht bei Tuberculose!

Garel (Lyon): Ein Fall von intermittirendem Hinken des Kehlkopfs.

Gleichzeitig mit intermittirender Aphonie bestand rechts intermittirendes Hinken.

Gault (Dijon): Ueber die Wiedererziehung bei der Aphonia nervosa.

Patienten sollen unter Spiegeluntersuchung zuerst „e“ und dann die übrigen Laute und zusammengesetzten Silben nachsagen. Heilung in einigen Sitzungen.

Raoult (Nancy): Traumatische Durchschneidung der Trachea und der Recurrens.

Verletzung mittels Kreissäge. Spontanheilung mit Cadaverstellung des rechten Stimmbandes.

Guisez (Paris): Ueber den primären Krebs der Bronchien.

Mittheilungen von (schon früher bekannten) Fällen von Bronchialkrebs, die durch Bronchoskopie diagnosticirt worden sind. Behandlung mit Einspritzung einer öligen Aufschwemmung von Radiumsulfat.

Guisez (Paris): Caoutchoucintubation beim Kehlkopfkrebs.

Mittheilung der (schon referirten) Methode des Autors, die Stenosen am Oesophagus mit einer von ihm construirten Dauersonde zu dilatiren. Patienten brauchten sich bloss einmal im Monat zum Sondenwechsel einzustellen. Die langwierige bisher geübte Dilatationsbehandlung bei Oesophagusstenosen fällt weg, ebenso die Gastrostomie. Gute Resultate in 52 Fällen.

Lombard und Le Mée: Die Oesophagoskopie unter constanter Aspiration.

Vorstellung eines Oesophagoskops, das aus 2 Rohren bestehend im Aussenrohr eine constante Aspiration gestattet.

Texier (Nantes): Entzündliche Stenose des Oesophagus.

Oesophagoskopie deckte die Ursache der Stenose nicht auf. Es handelte sich um Stenose nach Ulcus cardiae.

Nepveu (Paris): Zwei Riesenpolypen des Oesophagus.

Bei demselben Patienten von 59 Jahren von 6 und 12 cm Länge oberhalb der Epiglottis liegend und wahrscheinlich der Gegend des Oesophagusmundes entsprechend.

Chavanne (Lyon): Die neueste Modification der Schwebelaryngoskopie nach Killian.

Die Albrecht'sche Modification ist unbekannt. Am letzten Sitzungstag werden noch einige Instrumente demonstrirt, unter denen namentlich eine Vorrichtung zur Photographie des Larynx durch Gault besonders hervorgehoben werden mag. Für 1915 ist als laryngologisches Thema bestimmt worden: Die Heliotherapie in der Laryngologie mit Collet (Lyon) als Berichterstatter.

Lautmann (Paris).

IV. Briefkasten.

Joseph William Gleitsmann †.

Kurz vor Schluss dieses Heftes erhalten wir die Nachricht, dass J. W. Gleitsmann am 2. Juli in New York gestorben ist. Einen ausführlichen Nekrolog werden wir in der nächsten Nummer des Centralblatts aus der Feder unseres amerikanischen Mitarbeiters bringen.

II. Versammlung der Gesellschaft der schweizerischen Hals- und Nasenärzte.

(8. Februar 1914, Lausanne.)

Die Versammlung, die eine Fortsetzung der ersten und constituirenden Sitzung vor einem halben Jahre war, beschäftigte sich vorwiegend mit Fragen regulativer



Natur. Nachdem die Grundsätze für die Aufnahme von Fachgenossen durch die constituirende Versammlung festgesetzt waren, erfolgte die Aufnahme von einer grossen Zahl von Mitgliedern.

Lindt (Bern) und Nager (Zürich) hielten aussgezeichnete Referate über „Begutachtung traumatischer Ohraffectionen". Mermod (Lausanne) demonstrirte im Auditorium seiner Klinik eine grosse Zahl durch seine Methode der Galvanokaustik gebesserter Fälle von Larynxtuberculose, sowie auch radical operirte Eiterungen der Kiefer- und Keilbeinhöhlen. Jonquière.

Personalnachrichten.

Dr. William Kelly Simpson, Professor am College of Physicians and Surgeons an der Columbia University, New York, starb plötzlich am 6. Februar d. J.

Unser werther Mitarbeiter Prof. Dr. W. Albrecht hat einen Ruf als Director der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke nach Tübingen an Stelle von Prof. Wagenhäuser erhalten.

Prof. Dr. Spiess ist an der neugegründeten Universität in Frankfurt a. M. der Lehrstuhl für Laryngologie übertragen worden.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, September. 1914. No. 9.

I. Joseph William Gleitsmann †.

In New York starb am 2. Juli J. W. Gleitsmann an acuter Endocarditis mit allgemeinem Oedem.

Gleitsmann war von Geburt ein Deutscher. Er wurde als Sohn eines Arztes 1840 in Bonn geboren, machte sein Examen in Würzburg und bildete sich nachher durch Studien in München, Berlin und Wien aus. In den Kriegen von 1866 und 1870 diente er als Militärarzt in der deutschen Armee. Dann wurde er Schiffsarzt und kam als solcher nach Amerika; er liess sich dort nieder und gründete das Sanatorium für Tuberculosebehandlung im Staate Süd-Carolina.

Im Jahre 1880 kam er nach New York City, begann seine Thätigkeit als Specialist für die Erkrankungen der oberen Luftwege und wurde als Laryngo-Otologe an der Deutschen Poliklinik und am Deutschen Hospital angestellt. Ferner wurde er Laryngologe am New York Policlinic Hospital und Professor für Laryngologie an dieser Anstalt.

Gleitsmann war ein ernster wissenschaftlicher Arbeiter, der auf seinem Specialgebiet eine sehr rege Thätigkeit entwickelte; an den Verhandlungen der zahlreichen wissenschaftlichen Gesellschaften, deren Mitglied er war, betheiligte er sich in hervorragender Weise. Viele Jahre hindurch war er Vorstandsmitglied der Deutschen Medicinischen Gesellschaft in New York, er hatte

in dieser Eigenschaft Gelegenheit, zahlreichen Collegen, die in Unglück gerathen waren, Beistand zu leisten und es wird ihm nachgerühmt, dass er dabei einen seltenen Tact, Wohlwollen und Mitgefühl bewies.

Durch seine zahlreichen Arbeiten und seine Geschicklichkeit erwarb er sich einen grossen Ruf. Er war stolz auf die Stellung, die er sich in seinem Adoptivvaterland erworben hatte und suchte bei jeder Gelegenheit dahin zu wirken, dass die von seinen amerikanischen Collegen geleistete wissenschaftliche Arbeit auch die gebührende Anerkennung fand. Bei seinen Fachgenossen erfreute er sich einer grossen Beliebtheit und Anerkennung. Im Jahre 1905 war er Präsident der American Laryngological Association.

Arbeiten von J. W. Gleitsmann.

1. Portable pneumatic apparatus for treatment of chest disease. Baltimore physicians and surgeons. März 1874.
2. On the nature and curability of pulmonary phthisis. Richmond and Louisville medical journal. Juli 1874.
3. The spirometer, its value and utility for safe insurance companies. Baltimore Underwriter. 20. August 1874.
4. Statistics of mortality from pulmonary phthisis in the United States and Europe. Turnbull Broo. Baltimore 1875.
5. An altitude and climate in the treatment of pulmonary phthisis. Transactions, medical and chirurgical faculty of Maryland. April 1875.
6. Western North Carolina as a health resort. Philadelphia medical and surgical reporter. Februar 1876.
7. Contributions to the treatment of pulmonary phthisis. New Orleans medical and surgical journal. Juli 1877.
8. Biennial report of the Mountain Sanitarium for pulmonary diseases. Sherwood & Co. Baltimore 1877.
9. A case of empyema. St. Louis medical and surgical journal. Januar 1878.
10. A case of membraneous syphilitic stenosis of the trachea. Archiv. of laryngol. Vol. III. Januar 1884.
11. Laryngeal hemorrhage. American journ. of medical sciences. April 1885.
12. Deviation of the nasal septum. Ibid. Juli 1885.
13. Annual report of the throat department of the German dispensary with remarks as to treatment of laryngeal phthisis and reflex neuroses due to nasal diseases. Medical record. 16. Januar 1886.
14. Mundathmung, ihre Ursachen, praktische Bedeutung und Behandlung. New York medic. presse. Juni 1886.
15. Zweiter Jahresbericht der Halsabtheilung des Deutschen Dispensary in N. Y. Ebendas. April 1887.
16. Hypertrophy of the tonsil of the tongue. Medical record. 17. December 1887.
17. Traumatic haematoma of the larynx. Ibid. 29. October 1887.
18. A new cautery snare for removal of posterior hypertrophies of the turbinated bodies. Ibid. 17. März 1888.

19. Hyperplasia of the lymphatic tissue of the pharynx and naso-pharynx. Medical news. 19. Januar 1889.
20. Zwei seltene Fälle von Halsneurosen. Medicinische Monatsschr. Oct. 1889.
21. Nasal instruments. New York medical journal. 9. November 1889.
22. Ein Fall von schwerer Peritonsillitis mit secundärer Hämorrhagie. Medic. Monatsschr. December 1889.
23. Operative Behandlung des Hustens bei Erkrankung der oberen Luftwege. Ebendas. Juli 1890.
24. A case of primary tuberculosis of the pharynx — terminating in cure. New York medical journal. 11. October 1890.
25. Experience with trichloracetic acid in 200 cases of affections of the throat and nose. Medical record. 14. März 1891.
26. Asheville U. C. und seine Vorzüge als Kurort für Lungenkranke. New York Medic. Monatsschr. December 1892.
27. Importance of laryngology for medical science. New York polyclinic. März 1893.
28. A multiple powder blower. New York medical journal. 22. Juli 1893.
29. A Rawhide probe for the Eustachian tube. Ibid. 14. Juli 1894.
30. The importance of the early diagnosis of malignant tumors of the throat. Ibid. 11. October 1894.
31. A new conchotome. Ibid. 15. December 1ä94.
32. Die Geschichte der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York. New York Med. Monatsschr. December 1894.
33. Surgical treatment of laryngeal tuberculosis. New York polyclinic. November 1894.
34. Neurosis of the nose. Ibid. Januar 1895.
35. The application of the galvano cautery in the nasal passages. Annals, ophthalmology and otology. April 1895.
36. Surgical treatment of laryngeal tuberculosis. Report to British laryngological association. 1895. Journ. of laryng., rhinol. and otology. Sept. 1895.
37. Surgical treatment of laryngeal tuberculosis. Report to American laryngological association. 1895. New York medical journal. 19. October 1895.
38. Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch. Archiv f. Laryng. u. Rhinol. 4. Januar 1896.
39. Praktische Bemerkungen über Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. New York Medic. Monatsschr. April 1896.
40. A case of unusual laryngeal growth. New York med. journal. 3. Oct. 1896.
41. Influence of adenoid vegetations on the growth and configuration of the upper maxilla and the septum. New York Polyclinic. 15. Juli 1897.
42. Remarks on the treatment of chronic affections of the faucial tonsils etc. New York medical journal. 4. September 1897.
43. Reminiscences of the international medical congress of Moscow. Laryngoscope. November 1897.
44. Report on the progress made in the treatment of laryngeal tuberculosis since the last international congress. Medical record. 4. December 1897.



45. Primary pharyngeal and laryngeal tuberculosis. Two cases cured. Journ. of tuberculosis. April 1901.
46. Recurrent paralysis with complete aphonia passing into abductor paralysis. Laryngoscope. October 1901.
47. On the use of the A. C. E. mixture and ethyl bromide in operations on adenoid vegetations. Medical record. 2. November 1901.
48. Laryngeal paralyse and their importance in general medicine. New York medical journal. 14. December 1901.
49. Subglottic sarcoma, removed endolaryngeally with galvano cautery snare. Medical record. 5. Juli 1902.
50. Tuberculosis of the larynx. Laryngoscope. Juni 1904.
51. Intratracheal injections. Medical record. 26. März 1905.
52. The sphenoidal sinus. Laryngoscope. August 1905.
53. Presidential address at the twenty eighth meeting of the American laryngological association. Niagara Falls. 14. Juli 1906.
54. Channels of infection in tuberculosis. Fraenkel's Festschrift. Annals, otol., rhinol. and laryngol. December 1906.
55. Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in den Vereinigten Staaten, seit Einführung des Laryngoskops. Schroetter's Festschrift und Zeitschrift für klinische Med. Bd. 62.
56. A blunt and a cutting laryngeal dilatator and a selfacting epiglottic lifter. Laryngoscope. Mai 1907.
57. Tuberculosis of the accessory sinuses. Laryngoscope. Juni 1907 and Revue hebdomad. Juni 1907.
58. Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. Report to the international congress. Archiv f. Laryng. Bd. XXI. H. 1. 1908.
59. Recurrent and abductor paralysis of the larynx. Report to the American laryngological association. Medical record. 4. Juli 1908.

Emil Mayer.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **G. C. Bolten. Hemiplegia alternans nach Alkoholeinspritzung in das Ganglion Gasseri.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 2361. 1914.*

Nach der erfolgreichen Einspritzung (kurzdauernde starke Schmerzen in den drei Aesten, gefolgt von andauernder Schmerzlosigkeit und Anästhesie) hatte die Patientin, deren Fall mitgetheilt wird, starke Kopfschmerzen und wurde bald zwei Tage lang vollkommen bewusstlos mit starker Temperatursteigerung (stets + 40°). Nach dem Erwachen bestand eine Paralyse im gegenseitigen Arm und Bein, nahezu complete gleichseitige Augenlähmung und vorübergehende Parese des Facialis. Glücklicherweise genas die Patientin allmählich; nach vier Monaten waren fast alle Störungen geschwunden. Verf. erklärt das unangenehme Ereigniss

damit, dass beim Ausspritzen vom letzten Theil des Alkohols die Nadelspitze das obere Blatt der Durafalte, welche das Cavum Meckelii bildet, durchstochen hat. Es ist etwas Alkohol in den grossen Duralsack gekommen und bei der Lage der Patientin nach rückwärts geflossen. Der Alkohol hat eine heftige Entzündung der Dura an den Berührungsstellen verursacht, hauptsächlich am Pedunkel, wodurch die Erscheinungen erklärt werden. Verf. ist der Meinung, dass der beschriebene ungünstige Fall eine grosse Ausnahme bildet, während im Allgemeinen von den Alkoholeinspritzungen viel Gutes berichtet wird, sodass durch diese seltene Ausnahme die Methode keineswegs discreditirt sein soll.

VAN GILSE.

2) **Van Lint. Keratitis neuroparalytica in Folge einer Alkoholinjection in den N. maxillaris superior wegen Facialisneuralgie. (Kératite neuro-paralytique à la suite d'une injection d'alcool dans le nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale.)** *La Policlinique. 4. Mai 1913.*

36jährige Frau, seit 8 Jahren Gesichtsneuralgie; es war nacheinander die Extraction des N. suborbitalis, das Ausreissen des N. maxillaris inferior beim Austritt aus der Schädelbasis und schliesslich eine Alkoholinjection in letzteren Nerven im Foramen ovale gemacht worden. Heilung, die ein Jahr anhielt. Als aber die Schmerzen im Bereich des N. maxillaris sup. wieder auftraten, wurde eine Injection im Foramen rotundum magnum gemacht. Am nächsten Tage Röthung des Auges; die Cornea wurde getrübt und unempfindlich, es trat Strabismus auf, der aber durch Operation geheilt wurde. Eine weitere durch heftige Schmerzen nothwendig gewordene Injection hatte keine Augenstörungen mehr zur Folge.

PARMENTIER.

3) **Prudhomme** und **Bouvier. Drei Fälle von Tic douloureux des Gesichts durch Alkoholinjectionen behandelt. (Trois cas de tic douloureux de la face, traités par des injections d'alcool.)** *La Clinique. No. 5. 1914.*

Nachdem medicamentöse, elektrische und chirurgische Behandlung in ihren Fällen versagt hatte, haben Verff. mit Erfolg die Alkoholinjectionen angewandt. Sie wirken auf zwei verschiedene Arten: die einen wie analgetische Mittel, sie werden im Bereich der Nervenendigungen gemacht mit Chloroform (10—20 Tropfen), Cocain, Kochsalzlösung; die anderen wirken wie histologische Fixationsmittel. Werden sie in die Nervenstämme injicirt, so tödten sie den Nerv ab, indem sie ihn fixiren. Darauf beruht die Wirkung der 1 proz. Osmiumsäure und besonders des Alkohols.

PARMENTIER.

4) **J. Benario. Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus.** Aus dem Kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. (Director: Wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. P. Ehrlich, Exc.). Mit 3 Abb. *Münchener med. Wochenschrift. No. 32. 1913.*

Auf Grund eigener Untersuchungen und des Materials der einschlägigen Literatur weist Benario auf den Zusammenhang zwischen Diabetes insipidus und Lues, sowohl acquirirter, wie hereditärer, hin, berichtet über eine Reihe Erkrankungen, die keine manifesten Zeichen für Lues boten und deren Aetiologie nur durch die Wassermannreaction festgestellt und durch Salvarsantherapie gebessert

oder geheilt wurden. Unter kritischer Bewerthung der bisherigen Studien über die Physiopathologie der Hypophyse kommt Autor zu dem Schluss, „dass der Hinterlappen der Hypophyse für das Zustandekommen des Diabetes insipidus von Bedeutung ist", wobei anzunehmen ist, dass die Störungen in der Hypophyse auf gummöse Processe, die sich in ihr oder um sie herum abspielen, zurückgeführt werden müssen. Abgesehen von den auf cerebralem Wege entstehenden Erkrankungen der Hypophyse muss man bei der Häufigkeit der gummösen Processe im Cavum naso-pharyngeale mit der Möglichkeit eines Uebergreifens derselben auf die Sella turcica und damit auf die Hypophyse selbst rechnen. Eine Reihe Krankengeschichten, die über Polyurie bei tertiär Syphilitischen berichten, verzeichnen häufig das Vorhandensein destruirender Processe im Nasenrachenraum. In allen zweifelhaften Fällen von Diabetes insipidus werden die Untersuchungen des Blutes und des Liquor cerebrospinalis event. die Diagnosestellung erleichtern. HECHT.

5) **J. Mackenzie. Die aphthösen Geschwüre der oberen Luftwege bei der Lungentuberkulose. Historischer Rückblick. (Ulcération aphteuse des voies aériennes supérieures dans la tuberculose pulmonaire. Coup d'oeil en arrière et revue synthétique.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Der Autor hat vor 30 Jahren in Wien anatomische Studien an den Leichen von Tuberculösen angestellt, deren Resultate nach der Meinung von H. Chiari heute noch zu recht bestehen. Damals äusserte sich M. dahin, dass er die Möglichkeit zugab, dass die von Rokitansky beschriebenen Geschwüre, die am Kehlkopf beginnend und gegen die Lunge zunehmend an Grösse und Menge, sich namentlich bei kachektischen Tuberculösen vorfinden, nicht tuberculöser Natur seien. Es wäre möglich, dass das Sputum corrodirend auf die Schleimhaut einwirkt und die entstandenen Geschwüre sich dann secundär tuberculös inficiren. Verf. verweist zum Schluss auf die Arbeit von Ziba, die aus der Anstalt von Chiari hervorgegangen ist und ähnliche Schlussfolgerungen gestattet.

LAUTMANN.

6) **Martin Grämer. Aktinomykose der oberen Luft- und Speisewege mit besonderer Berücksichtigung der Speicheldrüsen.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1914.*

Verf. giebt eine ausführliche Uebersicht über die einschlägige Literatur und führt drei Fälle aus der Würzburger Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke (Prof. Seifert) an.

1. Fall von primärer Aktinomykose der Parotis mit secundärer Aktinomykose einer Unterkieferwinkeldrüse. Eine zur Unterkieferdrüse führende Fistel, sowie die Parotisfistel wurden gespalten und curettirt. Es trat völlige Heilung ein. Der Ausführungsgang der Parotis hatte sich als völlig normal erwiesen. Pat. hatte die Gewohnheit, den ganzen Tag Zahnstocher zu kauen; wahrscheinlich war die Infection der Drüse dadurch erfolgt, dass ein Stück Zahnstocher eingespiesst wurde.
2. Aktinomykotische Erkrankung der submaxillaren Lymphdrüsen.
3. 22 Jahre alter Schweinehändler mit Aktinomykose der Parotis.

Viel häufiger als die primäre Aktinomykose der Speicheldrüsen ist die secundäre Erkrankung derselben. FINDER.

7) **Ph. Turner** und **M. Mollison. Fall von Pneumokokkeninfection des Rachens und Kehlkopfs. (Case of pneumococcal infection of the pharynx and larynx.)** *Proc. of the R. Soc. of med. Vol. 7. 1913.*

Bericht über Fall von ausgedehnten ödematösen Schwellungen im Rachen und Kehlkopf, als dessen Ursache in der rechten Mandel eine Reincultur von Pneumokokken gefunden wurde. Aus dem Oedem der Epiglottis wurden ebenfalls Pneumokokken und „Bacillus catarrhalis" gezüchtet. WRIGHT.

8) **O. Strandberg. Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 7. S. 1. 1914.*

Die Anamnese, das klinische Bild, die Localisation lassen bei der Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der Schleimhäute manchmal im Stich. Werthvoll ist der positive Ausfall der Wassermann'schen Reaction; ist dieselbe negativ, so darf Lues noch nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Der Nachweis von Tuberkelbacillen der nach Ziehl-Nielsen gefärbten Schnitte erfordert Serienschnitte; die nachweisbare Bacillenzahl ist sehr gering. Die Tuberculinreaction erfolgt bei Tuberculose der oberen Luftwege nicht immer prompt und die histologische Untersuchung ist ebenfalls nicht entscheidend, da auch bei Lues sich epitheliale Zellen und Riesenzellen vorfinden können. Die Differentialdiagnose kann also sehr schwierig sein. 2 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

9) **Strandberg** (Kopenhagen). **Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege. (Bemarkninger om Differentialdiagnosen mellem Tuberkulose og Syfilis of övre Luftvejes Slimhinder.)** *Hospitalstidende. No. 11. 1914.*

Nach Erwähnung und einer Kritik der Hülfsmittel, die hinsichtlich der Diagnose zur Verfügung stehen: Die Anamnese, das klinische Bild und der Sitz des Leidens, die Wassermann'sche Reaction und die histologische Untersuchung, geht Verf. näher auf diese ein und bespricht in diesem Zusammenhange Solger's ausführliche Arbeit über dieses Thema. Er theilt selbst einen Fall von Nasenleiden mit, wo die histologische Untersuchung grosse Haufen von epitheloiden Zellen feststellte, worin sich einzelne oder mehrere grosse vollkernige Riesenzellen fanden; Wassermann war stark positiv, und nach einer antiluetischen Behandlung schwanden alle Symptome. Endlich berichtet er von einem Falle eines Gaumenleidens, wo die Mikroskopie und das negative Ergebniss der Wassermann'schen Methode unbedingt auf eine Tuberculose schliessen liess. Da die Patientin indessen vor 9 Jahren an Syphilis gelitten hatte, weswegen sie wiederholt behandelt worden war, wurde sie jetzt, obgleich sie in den letzten 2 Jahren kein Quecksilber bekommen, mit Asurolinjectionen behandelt, worauf das Leiden schwand. — Gegenüber der von einzelnen verfochtenen Ansicht, dass die Schleimhauttuberculose durch eine antisyphilitische Behandlung (Jod + Hg) geheilt werden könnte, vertritt Verf. den Standpunkt, dass die Leiden, welche durch die Quecksilberbehandlung allein schwinden, überall als entschieden syphilitische aufgefasst werden müssen. I. MAHLER.

10) **R. W. de Santi** (London). **Die Pathologie der verschiedenen acuten Entzündungen des Kehlkopfes und Halses einschliesslich des acuten Oedems, der Phlegmone und des Erysipels des Pharynx und Larynx, der Angina Ludovici, aber ausschliesslich der Diphtherie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 401. 1914.*

S. schliesst sich der Anschauung von Semon an, dass das acute Oedem des Kehlkopfes, die Laryngitis oedematosa, das Erysipel des Pharynx und Larynx, die Phlegmone des Rachens und Kehlkopfes und die Angina Ludovici nicht als verschiedene Erkrankungen aufzufassen, sondern nur verschiedene Formen einer acut-septischen Entzündung sind. Es ist also bei all diesen Erkrankungen der pathologische Process derselbe, nur verschieden schwer je nach dem Grade der Virulenz der die Entzündung verursachenden Streptokokken.

Mittheilung von 8 selbstbeobachteten derartigen Fällen, alle mit günstigem Ausgang. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich hauptsächlich der Streptococcus pyogenes. Sofortige intramuskuläre Injection von 10—20 ccm Antistreptokokkenserum erwies sich von günstiger Wirkung. OPPIKOFER.

11) **E. Pollak** (Graz). **Beiträge zur Kenntniss der Amyloidtumoren der Luftwege und der Mundrachenhöhle.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 7. S. 25. 1914.*

Mittheilung von vier Fällen. Bei dem 1. Falle localisirte sich das Amyloid in Form von knotigen Tumoren gleichzeitig auf den Zungengrund, den Rachen und den Kehlkopf. Trotzdem aus dem Zungengrund nur ein kleines Stück zur mikroskopischen Untersuchung entfernt worden war, trat doch im Anschluss an dieses operative Trauma Resorption auch der übrigen amyloiden Substanz im Zungengrund auf. Im Kehlkopf dagegen waren eine Reihe von endolaryngealen Eingriffen nothwendig.

Bei der 2. und 3. Beobachtung handelt es sich um zufällige Sectionsbefunde. Bei dem 2. Falle war die hintere mediane Partie des Kehlkopfeinganges amyloid entartet. Bei dem 3. Falle fand sich auf der laryngealen Fläche des Kehldeckels, auf den aryepiglottischen Falten und auf den Aryknorpeln ein ausgedehntes Infiltrat, das stellenweise in Form von Zapfen in das Kehlkopfinnere hereinragte.

Bei dem 4. Falle fehlen Anamnese und Status des Amyloidtumors aus Kehlkopf, doch wird gleich wie bei den übrigen drei Fällen ein genauer mikroskopischer Befund gegeben. In den Lymphgefässen konnte P. Amyloid nicht nachweisen; auch fanden sich bei seinen Fällen keine Riesenzellen.

Ausser den oberen Luftwegen war Amyloid in keinem der vier Fälle in anderen Organen nachzuweisen. Es handelt sich bei den Amyloidtumoren der Luftwege und der oberen Speisewege um eine locale Erkrankung und nicht um eine Teilerscheinung einer allgemeinen Amyloiddegeneration. Diese Amyloidtumoren sind auch nicht als autonome Neubildungen aufzufassen; vielmehr hat sich die Amyloidsubstanz an circumscripten Stellen in die ursprünglichen Gewebe dieser Organe oder in durch entzündliche Prozesse entstandene Gewebshyperplasien derselben, z. B. in Larynxpolypen, abgelagert.

Die Literatur wird eingehend berücksichtigt. Es sind bis heute im Ganzen 50 Fälle von Amyloid in den oberen Luftwegen bekannt, die Amyloidgeschwülste

der Luftröhre und der Bronchien mit eingerechnet. In zehn von diesen Fällen fand sich das Amyloid in Stimmlippenpolypen. (Referent möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass Amyloid in Kehlkopfpolypen, wenn regelmässig darauf gesucht wird, gar nicht selten ist.)

In mehr als drei Viertel der heute mitgetheilten Beobachtungen war das männliche Geschlecht betroffen und bei zwei Dritteln der Fälle fand sich die Affection bei Individuen im Alter von 50—80 Jahren. Bei Kindern und Personen unter 20 Jahren wurde Amyloid in den oberen Luftwegen noch nie beobachtet. Am häufigsten ist der Kehlkopf Sitz der Erkrankung (36mal), seltener schon die Zunge (13mal) und die Luftröhre (12mal), der Rachen nur 3mal und die Nase bis heute noch in keinem Falle. In den 36 Fällen von Kehlkopfamyloid fand sich die amyloide Substanz bei 11 Fällen in Stimmbandpolypen; diese unterscheiden sich klinisch von den gewöhnlichen Stimmbandpolypen nicht, so dass diesen amyloiden Polypen keine besondere Bedeutung zukommt. In der Kehlkopfschleimhaut selbst kann die Amyloidsubstanz in Form von Knoten oder als Infiltrat an allen den verschiedenen Stellen vorkommen, immerhin am seltensten an den Stimmbändern.

In den 13 Fällen von Amyloid der Zunge lokalisirte sich das Amyloid als einzelner oder als mehrere Knoten durchwegs auf den Zungengrund. In 10 der 13 Beobachtungen war die Zunge allein Sitz der Erkrankung, während in den 3 anderen Fällen auch der Kehlkopf, in einem der Fälle gleichzeitig auch der Rachen, Amyloid zeigte.

Das histologische Bild, die Diagnose, die Prognose und Behandlung werden eingehend besprochen. Was die letztere anbelangt, so empfiehlt P., gestützt auf das günstige Resultat, das Willimann an der Siebenmann'schen Klinik bei einem Larynxamyloid durch zwei Röntgensitzungen erreichen konnte, einen Versuch mit Röntgen- oder Radiumbestrahlung vorzunehmen. Würde sich dieselbe doch später als wirkungslos erweisen, so würde gleich wie früher ausschliesslich die operative Behandlung in Frage kommen.

OPPIKOFER.

12) **A. Logan Turner. Eine eigenthümliche Form von Hyperplasie der Schleimhaut der oberen Luftwege. (A peculiar form of hyperplasia of the mucous membrane of the upper respiratory tract.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. Februar 1914.*

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle, die nebst einem Fall Brown Kelly's und drei Fällen Semon's eine Gruppe bilden, die sich in keine Kategorie der bisher bekannten Krankheiten einreihen lässt. Verf. analysirt eine Reihe von anderweitig mitgetheilten, den vorgenannten etwas ähnlichen Fällen; er ist jedoch der Ansicht, dass nur jene 6 Fälle einen identischen Typus bilden. In allen Fällen trat die Krankheit bei Erwachsenen auf, die sich vorher der besten Gesundheit erfreut hatten. Das typische Bild besteht in einer glatten, gleichmässigen, diffusen Infiltration von weichem Gaumen, Uvula und Gaumenbögen sowie der hinteren Rachenwand und des Larynxeingangs. Ulcerationen und Schmerzen fehlen. Der locale Befund scheint von Zeit zu Zeit zu wechseln, dauert bisweilen aber auch Jahre lang an. Keinerlei Behandlung scheint irgendwelchen Einfluss zu haben. Die histologische Untersuchung ergiebt intactes Epithel mit feinem fibril-

lärem Netzwerk von subepithelialem Gewebe mit Ansammlung von mononucleären und polynucleären Zellen unter dem Epithel und um die Gefässe und um die Drüsen herum, welche selbst unverändert sind.

A. J. WRIGHT.

13) **Lubliner. Pemphigus vulgaris der Schleimhaut, des Schlundes, Rachens, Kehlkopfes, wie auch der Haut. (Pemphigus vulgaris blon sluzowych, jamy ustnej, gardzieli, krtani i skóry [2 przypadki].)** *Gaz. lek. No. 26. 1914.*

Es handelte sich um eine 36- und eine 46jährige Frau, welche die oben genannten Leiden zeigte, und bei denen die Schleimhäute den Ausgangspunkt des Leidens bildeten.

v. SOKOLOWSKI.

14) **E. Trétrôp. Ein Fall von Lepra der Nase und Mundrachenhöhle. (Un cas de lèpre naso-bucco-pharyngée.)** *Presse oto-laryng. belge. No. 6. 1913.*

Es handelte sich um einen Fall der tuberculo-anästhetischen Form, der seit 5 Jahren bestand.

PARMENTIER.

15) **Leopold Lubliner** (Warschau). **Ueber die Anwendung von Arsenobenzol (606) in Fällen von Sklerom der oberen Luftwege, in Fällen von Lues und Tuberculose, wie auch in einigen Fällen von zweifelhafter Diagnose.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Die Einwirkungen auf den Skleromprocess waren absolut gleich Null, wäh-Gummata des Rachens und Kehlkopfs hervorragend beeinflusst wurden.

W. SOBERNHEIM.

16) **Egon Hartung** (Berlin-Neukölln). **Zur Beseitigung der Emboliegefahr bei Paraffininjectionen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1913.*

An den Extremitäten genügt Anlegung einer die Blutcirculation unterbrechenden Gummibinde, die nach Erstarrung des Paraffins gelöst wird. An der Nase will Verf. dasselbe durch Compression der Gefässe an der Nasenwurzel mit Pelotten erreichen.

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **R. Landsberger. Ausschaltung der Nasenathmung beim Hund.** *Archiv für Anat. u. Physiol. H. 3 und 4. 1913.*

Bei geschlossener Nase und Athmung durch den Mund entsteht im Nasenrachenraum des Menschen im Anfang der Inspiration ein Unterdruck von 10 mm Hg, der bei tiefer Inspiration bis auf 20 mm ansteigen kann.

Einem jungen Hunde wurden die Nasenöffnungen zugenäht und die Keime der hinteren Backenzähne entfernt, weil dadurch eine stärkere Entwickelung der Nasenmuscheln und ein geringeres Breitenwachsthum des ganzen Kiefers bei normalen Tieren bewirkt wird. Nach der Operation lebte das Thier 9 Monate. Riech- und Hörvermögen war nicht gestört. Dagegen waren die Nasenmuscheln degenerirt oder auf einem früheren Stadium der Entwickelung stehen geblieben.

FINDER.



18) **Samuel Iglauer. Einige Versuche über intranasale Transplantation von nasalen Geweben. (Some attempts at the intranasal transplantation of nasal tissues.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Juni 1913.*

Auf Grund seiner Experimente hält Verf. die Uebertragung nasaler Gewebe von einem Individuum auf das andere technisch nicht für besonders schwierig. Oberflächentransplantation bei Thieren wird wahrscheinlich fehlschlagen, da es schwierig ist, der Infection vorzubeugen. Die submucöse Transplantation giebt bessere Resultate und die Gewebe scheinen im Stande zu sein, in ihrer neuen Umgebung zu wachsen. Transplantirter Knochen wird resorbirt, sein Gerüst dient zur Stütze für den neuen Knochen, der sich an seiner Stelle bildet.

In klinischer Beziehung scheint die Oberflächentransplantation keine guten Aussichten zu bieten. Die submucöse Transplantion der Nasenschleimhaut und des darunter liegenden Knochens kann ausgeführt werden, ohne dass man Eiterung zu fürchten hat. Jedoch scheint es, dass im Lauf der Zeit das Transplantat dazu neigt, resorbirt zu werden. Möglicherweise kann man der Resorption dadurch vorbeugen, dass man das Dach des Tunnels, in welchen das Transplantat eingelegt ist, entfernt; dadurch wird die Function des Transplantats angeregt und seiner Resorption vorgebeugt.

EMIL MAYER.

19) **L. Grünwald. Das Limen vestibuli als Athmungshinderniss.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 178. 1914.*

Wenn die untere Kante des Seitentheiles der Cartilago triangularis abnorm stark in den Nasenvorhof vorspringt, so ist dadurch das Limen vestibuli stark ausgebildet, so dass ein Athmungshinderniss entsteht, das operativ zu beseitigen ist. Die anatomischen Verhältnisse werden an Hand von 8 Abbildungen erläutert.

OPPIKOFER.

20) **Hans Januschke. Zur internen Calciumbehandlung des Schnupfens.** *Zeitschrift f. Balneologie. No. 9. 1913.*

In vielen Fällen von acutem und chronischem Schnupfen hat sich die Calciumbehandlung bewährt. Am 2., spätestens 3. Tage der Behandlung lässt die Schwellung der Nasenschleimhaut und die flüssige Absonderung erheblich nach. Auch berichten die Patienten, dass sie mittels der Medication im Stande seien, einen im Ausbruch begriffenen Schnupfen zu coupiren. Verf. hat auch das Mittel mit Erfolg prophylactisch gegen Jodschnupfen und Laryngitis jodempfindlicher Individuen angewandt. In einem Falle von Heuschnupfen konnte jedes Jahr durch Calciumdarreichung die Absonderung, die vorher so stark war, dass täglich zehn Taschentücher und mehr durchnässt wurden, so weit eingeschränkt werden, dass der Patient mit einem Taschentuch zwei Tage lang reichte. Auch bei der Rhinitis der Säuglinge hörte nach zweitägiger Darreichung von Calciumlactat die schleimigflüssige Secretion auf.

Verf. verwendet das in Lösung neutral reagirende Calciumlactat kaffeelöffelweise in wässeriger Lösung oder Aufschwemmung. Er giebt bis zu 3—4 gestrichenen oder leicht gehäuften Kaffeelöffeln pro die (im Maximum 10—14 g). Am bequemsten ist es, das Calciumlactat in einem halben Trinkglas Wasser auf-

zuschwemmen und diese Aufschwemmung trinken zu lassen und zwar eine Stunde vor dem Essen. Säuglingen giebt Verf. 1 g Calciumlactat in 70 g Wasser und lässt davon stündlich 1 Kaffeelöffel voll nehmen. Verf. hat selbst bei wochenlanger Anwendung keinerlei Nachtheile gesehen.

FINDER.

21) **Duverger. Beiträge zur internationalen Enquete über die Ozaena. Eine Beobachtung über die Ozaena in Aegypten. (Contribution à l'enquête internationale sur l'ozène.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 17. 1914.*

Die Ozaena ist nach Beobachtungen des Autors eine ausserordentliche Seltenheit beim Araber in Aegypten. Sie findet sich nur beim ganz armen und schmutzigen Araber, während Verf. in der reicheren Klientel nicht einen einzigen Fall constatiren konnte. Als Ursache dafür glaubt Verf. die Aversion angeben zu können, die der Araber für den Hund hat. Nach der Theorie von Perez hat die Ozaena eine canigene Aetiologie und so wäre auch die Seltenheit der Ozaena beim Araber, der jeden Kontakt mit dem Hunde (Kalb) vermeidet, zu erklären. Die Ozaena beim Araber localisirt sich zumeist in den hinteren Partien der Nase und im Pharynx. Dadurch wird die Behandlung erschwert und auch noch dadurch, dass sich die Patienten gern jeder längeren Behandlung entziehen. Verf. frägt sich, ob es thatsächlich eine Rasse giebt, die gegen Ozaena refractär ist.

LAUTMANN.

22) **Pasquier. Ein Fall von Ozaena beim Säugling. (A propos d'un cas d'ozène du nourrisson.)** *Bulletin officiel des sociétés médicales d'arrondissements. No. 4. p. 106. 20 février 1914.*

Ein Kind von 7 Wochen zeigte anfallsweise auftretende Athembeschwerden während des Saugens. Diese Anfälle setzten in beunruhigender Weise plötzlich ein und verschwanden ebenso plötzlich. Es konnte sich also nicht um einen gewöhnlichen Schnupfen und nicht um adenoide Wucherungen handeln. Im Gesammtbefinden des Säuglings ist nichts Besonders zu konstatiren; bei der Rhinoscopia anterior ebenfalls nichts Besonderes. Eine mit Watte bedeckte Sonde bringt eine enorme Kruste aus dem Naseninneren heraus. Diese Kruste hatte das Aussehen von Ozaenakrusten. Der charakteristische Geruch fehlte. Die Atrophie hat Verf. nicht festgestellt. Damit war dem Ref. das Räthsel der anfallsweise auftretenden Nasenverstopfung erklärt. Wir glauben, in der Litteratur findet sich nicht ein ähnlicher Fall. Baumgarten behauptet, bei kleinen Kindern krustenartige Abgüsse des Naseninneren gesehen zu haben, aber giebt keine bestimmte Beschreibung von Einzelfällen an. Bemerkt sei, dass der Vater des Säuglings auch an Ozaena erkrankt ist.

LAUTMANN.

23) **Francis Patten Emerson. Atrophische Rhinitis mit Ozaena. (Atrophic rhinitis with ozena.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Juni 1913. Boston med. and surgical journ. 25. September 1913.*

Verf. hat in einer grossen Zahl seiner Fälle als Ursache für die vermeintliche Ozaena eine Nebenhöhlenerkrankung gefunden und zwar war der Sitz der Erkrankung am häufigsten in Siebbein und Keilbein; am nächst häufigsten in Siebbein, Keilbein und Stirnhöhle und am seltensten in Siebbein, Keilbein und Antrum.

EMIL MAYER.

24) **F. Diebold** (Zürich). **Ueber Ursachen der Hypertrophie und Atrophie der Nasenschleimhaut.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Verf. zeigt, dass Schleimhautsecrete, quantitativ oder qualitativ pathologisch verändert, als Entzündungsursache wirken und dass proliferirende und regredirende Stellen oft zusammen vorhanden sind. Die Schleimhautwucherung tritt überall dort ein, wo flüssiges, schleimiges oder eitriges Secret über die Mucosa fliesst, während Atrophie sich an den Stellen findet, wo das Secret immer wieder und wieder antrocknet und so zur Verstopfung der Saftkanälchen Veranlassung giebt.

W. SOBERNHEIM.

25) **Chavanne** (Lyon). **Wahre Ozaena und ozaenatöser Symptomencomplex. (L'ozène pur et le syndrôme ozène.)** *L'oto-rhino-laryngologie internationale. März 1914.*

Verf. weist auf die Nothwendigkeit hin, die genuine Ozaena streng abzugrenzen gegen Erkrankungen, die unter dem Symptomenbild der Ozaena verlaufen können, Syphilis, Empyem, Tuberculose, prae- und paratuberculöse Affection.

GONTIER DE LA ROCHE.

26) **G. Hofer. Beziehungen des Bacterium Perez zur genuinen Ozaena.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 13. Juni 1913. *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1913.*

Vortr. hat im Institute Paltauf die Befunde von Perez bei Ozaena nachgeprüft und kommt zu dem Resultate, es sei wahrscheinlich, dass man den Bacillus Perez in ätiologische Beziehung zur Ozaena bringen muss. Diese Entdeckung besitzt eine grosse Wichtigkeit für die Prophylaxe und Therapie der Ozaena, für welche wahrscheinlich vor allem die Vaccination in Betracht kommen wird.

Discussion: Fernando Perez, Gesandter der argentinischen Republik, macht Mittheilung über die Geschichte der Entdeckung des Bacillus ozaenae.

Hajek bemerkt, dass er schon vor Jahren einen Bacillus isolirt hat, welcher in Kultur den charakteristischen Ozaenageruch erzeugte, doch sind seine Untersuchungen nicht weiter gediehen. Es wäre nun interessant, im Thierversuch festzustellen, ob die durch den Bacillus Perez erzeugte Ozaena gerade so wie die genuine Ozaena erst nach jahrelangem Verlaufe zur Atrophie der Nasenmuschel führt.

Tandler beobachtet, dass bei Ozaena zuerst der Muschelknochen erkrankt, dann erst die Schleimhaut und glaubt, dass es sich um eine Erkrankung der Nasengefässe handelt, die ja zuerst durch Knochen gehen, bevor sie ihr Versorgungsgebiet erreichen.

B. Bauer weist auf das familiäre Vorkommen der Ozaena hin, worauf O. Chiari bemerkt, dass er dies schon vor mehreren Jahren beobachtet und mitgeteilt hat.

HANSZEL.

27) **Guglielmo Bilancioni. Beiträge zur nasalen Therapie. 1. Eine einfache und wirksame Behandlungsmethode für Ozaena. 2. Ueber die Technik der Conchotomie. (Appunti de terapia nasale. 1. Di un semplice ed efficace metodo di cura per l'ozena. 2. Sulla tecnica della turbinectemia.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio. della gola e del naso. Mai 1914.*

1. Verf. ist bei seinen Untersuchungen zu Resultaten über den Zusammen-



hang zwischen Ozaena und Tuberculose gelangt, über welche hier bereits referirt worden ist (Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 98). Er hat folgende Therapie angewandt: Ein Wattetampon, der mit einer gesättigten Lösung von Jodoform in Aether getränkt ist, wird 5—6 Minuten lang in der Nase gelassen, dann die Wände der Nasenhöhle mit einer gewissen Energie damit abgerieben. Dieses Verfahren wird 2—3mal wöchentlich angewandt. Verf. hat mit diesem Verfahren gute Erfolge erzielt. Vor allem verschwindet sehr bald der Foetor, die Borkenbildung hört auf. Die vorher trockene und grau aussehende Schleimhaut bekommt eine mehr rosa Farbe und wird succulenter, so dass die Nasenhöhle nicht mehr so weit erscheint.

2. Verf. macht die partielle Conchotomie, indem er eine feine Bosworth-sche Säge mit der Zähnung nach oben in den unteren Nasengang einführt und die Sägerichtung nicht vertical, sondern medial führt, als ob er das Septum erreichen wollte. Es bleibt ein Teil des knöchernen Gerüsts der Muschel in ihrer ganzen Länge von vorn nach hinten erhalten, welches sich bald mit normaler Schleimhaut bekleiden wird.

CALAMIDA.

28) **M. B. Burnet. Die Behandlung der Rhinitis atrophicans. (The cure of atrophic rhinitis.)** *Brit. med. journ. 18. April 1914.*

Nach seiner persönlichen Erfahrung meint Verf., dass Motorfahren den Zustand bessert, indem dadurch die Secretion vermehrt und die Borken entfernt werden; er glaubt, dass in Anfangsfällen dadurch eine Heilung herbeigeführt werden könne.

A. J. WRIGHT.

29) **E. Glas** (Wien). **Scharlachroth, ein neues therapeutisches Mittel zur Behandlung der Stinknase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 50. 1913.*

Der Autor macht gegenüber Louis Jalobs in New York Mittheilung, dass er als erster diese Behandlungsart ausgeführt und beschrieben hat.

HANSZEL.

30) **Safranek** (Budapest). **Ueber die Aetiologie und Vaccinationstherapie der genuinen Ozaena.** *Med. Kligik. No. 30. 1914.*

Auf Grund der Ergebnisse der experimentell-bakteriologischen Untersuchungen, wie auch auf Grund der durch die angewendete specifische Therapie erreichten Resultate ist dem Perez'schen Coccobacillus foetidus eine ätiologische Rolle bei der Entstehung der genuinen Ozaena zuzuschreiben. Wahrscheinlich verbreitet sich die Infection im Wege der directen Berührung (Küssen, gemeinsame Benutzung von Taschentüchern usw.). Die specifische Therapie mit aus Reinkulturen des Perez'schen C. f. gewonnenem Vaccin ist umsomehr zu empfehlen, als dieselbe mit keinerlei unangenehmen Folgen für die Patienten verbunden ist.

SEIFERT.

31) **Curt Klare** (Hohenwiese). **Ein Beitrag zur Behandlung der Ozaena.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. 1913.*

Einführung von Wattetampons, die mit 10proz. Mallebreinlösung getränkt sind, Morgens und Abends.

ZARNIKO.

32) **Julius Auerbach. Paraffinbehandlung bei Ozaena. (The uses and limitations of paraffin in the treatment of ozena.)** *New York medical journal. 20. September 1913.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s sind die Paraffininjectionen insofern von grossem Werth, als sie für Monate hinaus die Symptome zum Verschwinden bringen; von einer Heilung aber kann nicht gesprochen werden, da die Erscheinungen bald wiederkehren, so dass eventuell eine Wiederholung der Einspritzung nöthig wird.

EMIL MAYER.

33) **Armengand. Behandlung der Ozaena mittels der schwefelhaltigen Thermalwässer. (Traitement de l'ozène.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 10. 1914.*

Der Autor, der in Cauterets, einer schwefelhaltigen Quelle in den Pyrenäen, practicirt, empfiehlt namentlich Cauterets zur Behandlung der Ozaena. Eine Kur ist ungenügend, die Patienten müssen jedes Jahr wiederkommen.

LAUTMANN.

34) **Jonathan Wright. Atrophische Rhinitis in historischer, ätiologischer und histologischer Hinsicht. (Atrophic rhinitis in its historical, etiological and histological aspects.)** *The Laryngoscope. Juni 1913.*

In Bezug auf die histologische Pathologie der atrophischen Rhinitis spricht sich Verf. dahin aus, dass in Folge von vorausgegangener intranasaler Entzündung oder einer constitutionellen Dyskrasie oder der physiologischen Altersveränderungen oder in Folge aller drei Factoren eine Verdickung der fibrösen Elemente des Periosts oder Perichondriums eintritt, deren Consequenzen sich in den Wirkungen einer mangelhaften localen Ernährung kundgeben, die ihrerseits bedingt ist durch Störung der Blut- und vielleicht der Lymphversorgung der Schleimhaut und des von ihr bedeckten Knochens. Diese Consequenzen sind: Metaplasie und Verhornung des Oberflächenepithels; Rundzelleninfiltration; Zerstörung der Blutgefässe; Zerstörung der Drüsen, Zerstörung der elastischen Fasern; Resorption des Knochens, speciell der unteren Muschel; Ersetzung dieser Elemente durch Rundzelleninfiltration und durch niedrig organisirtes fibröses Bindegewebe, das sich bisweilen dem embryonalen Typus nähert. Indem diese Veränderungen vor sich gehen, kommt es nach der Oberfläche zur Excretion oder Transsudation von Lipo-Proteiden, die von der Gewebszerstörung und der gestörten Drüsenfunction herrühren; es bildet sich ein übelriechendes zähes Secret und Borken, in denen die Bakterien sehr reichlich sich vermehren. Dieser Zustand hört im Alter auf; die Oberfläche wird von einem serösen Exsudat befeuchtet, durch welches das Drüsensecret verdünnt und eine genügende Drainage erzielt wird.

EMIL MAYER.

c) Mundrachenhöhle.

35) **E. H. Beckman. Chirurgische Behandlung von Unterlippenkrebs nebst Bericht über 199 Fälle. (Surgical treatment of cancer of lower lip with report of 199 cases.)** *Oklahoma State medical ass. journal. Oktober 1913.*

Verf. beschreibt das von den Mayos bei Unterlippenkrebs gewöhnlich angewandte Verfahren. Es wird ungefähr 2 cm unterhalb des Unterkiefers eine Incision gemacht, die von einem Sternocleido bis zum andern reichend

durch Haut und Platysma hindurchgeht. Die Incision soll so tief gemacht werden, um den kleinen Ast des Facialis, der die Muskeln am Mundwinkel versorgt, zu schonen. Haut und Platysma werden nach unten zum Zungenbein und nach oben zum Unterkiefer geschlagen, Fascie und Fett nebst den submaxillaren Speicheldrüsen werden aus dem Trigonum submentale und submaxillare entfernt; Art. und Ven. facialis werden unterbunden, der N. hypoglossus und der Lingualast des Trigeminus müssen geschont werden. Dann wird die Wunde geschlossen, nachdem jederseits besonders kleine Drainageöffnungen angelegt sind und dann erst wird mittels eines viereckigen Schnittes der Tumor mit dem umgebenden Gewebe entfernt und durch eine Plastik eine neue Unterlippe gebildet. Von den Patienten, bei denen gleich eine radicale Operation gemacht wurde, sind 83,6 pCt. geheilt, von denen, bei denen erst ein oder zwei locale Eingriffe an der Lippe vorgenommen waren und die dann erst mit Drüsenaffectionen zur Radicaloperation kamen, kamen 70 pCt. zur Heilung.

EMIL MAYER.

36) **Fred Wise. Epitheliom der Unterlippe bei einer Frau. (Epithelioma of the lower lip in the woman.)** *New York med. journal. 27. September 1913.*

70jährige Frau; vier Monate zurück constatirte sie eine kleine Papel in der Mitte der Unterlippe, die sie sich angewöhnte, mit dem Finger zu maltraitiren. Es entwickelte sich ein Tumor, der allmählich zur Grösse einer Haselnuss wuchs. Es war ein typisches Epitheliom, wie man es so häufig an dieser Stelle bei Männern findet. Entfernung des Tumors; mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

EMIL MAYER.

37) **Lahoz. Drei Fälle von Aneurysma der A. pharyngea inferior. (Trois cas d'anévrisme de l'artère pharyngée inférieure.)** *Archives internat. de laryng. T. 36. No. 2. 1913.*

Die Diagnose dieser Erkrankung dürfte nicht schwer sein, aus den 3 angeführten Krankengeschichten ist sie leicht ersichtlich, wenngleich auch Verkennungen, Missdeutungen vorkommen dürften. Die Symptome sind die der Pharyngitis sicca, die nach Verf. oft mit der Erkrankung vergesellschaftet ist. Als Aetiologie führt Verf. das häufige Husten, Räuspern auf, das die Pharyngitis bewirkt, ausserdem die Compression des Halses durch enge Kleider, Syphilis usw. Zur Behandlung empfiehlt er nach Vorschlag von Castro die subcutane Injection von Gelatineemulsion in dem Verhältniss von 3 : 40 Wasser. Wöchentlich wird eine Injection gemacht von 2 bis 4 ccm. In den Fällen von Verf. ist Heilung erzielt worden. Local räth er zur Pinselung mit Adstringentia und zur Anwendung von Adrenalin.

LAUTMANN.

38) **Martin Jastram. Ueber Aneurysmenbildung der Art. carotis externa.** *Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 23. H. 2. 1914.*

54jährige Frau; keine Luesanamnese. Vor 4 Wochen starke Halsschmerzen rechts und Ohrenschmerzen; die Halsschmerzen waren derart, dass nur Flüssigkeiten geschluckt werden konnten. Ein Arzt machte einen Einschnitt, bei dem sich nur Blut (nach Angabe der Angehörigen „ein halber Eimer"), aber kein Eiter entleerte.

Bei Aufnahme in der Klinik fand sich der ganze rechte weiche Gaumen und die stark vergrösserte rechte Tonsille durch einen fast hühnereigrossen, glatten, nicht druckempfindlichen Tumor derbelastischer Consistenz vorgewölbt. Der Tumor, dem die Uvula wie eine Appendix anhängt, reicht bis an den linken Gaumenbogen heran, nach unten bis an die Zungenwurzel und Epiglottis. Eine Pulsation ist nicht im Entferntesten angedeutet. Die Diagnose schwankte zwischen maligner Neubildung und tiefem Abscess. In Localanästhesie wurde an der für Tonsillarabscesse typischen Stelle eingegangen, worauf eine abundante Blutung erfolgte, die nach sofortiger Unterbindung der Carotis externa zwar sofort stand, dann aber wieder einsetzte; Zuklemmen der Incisionsöffnung mit Billroth'schen Zangen, darauf völliges Stehen der Blutung. Kochsalzinfusion, jedoch Stillstand von Puls und Atmung. Exitus.

Section: Wallnussgrosses Aneurysma der Carotis externa etwa 2 cm oberhalb ihrer Teilungsstelle.

Verf. fand in der Literatur 15 hierhergehörige Fälle (zusammengestellt im Handbuch der praktischen Chirurgie, IV. Auflage, von Monod und Vauverts).

FINDER.

39) **Fr. Wagner** (Wien). **Ueber Pulsationserscheinungen in der Rachenhöhle.** *Med. Klinik. No. 26. 1914.*

Im ersten Falle deutliche pulsirende Bewegung der rechten Gaumenbögen bei einem jungen Manne mit Mediastinitis. Im Röntgenbilde liess sich feststellen, dass eine beträchtliche Verziehung der Aorta nach rechts bestand. Die Pulsation an den Gaumenbögen war durch eine erleichterte Fortleitung der Pulswelle zustande gekommen. In einem zweiten Falle, älterer Mann, handelte es sich um eine echte venöse Gaumen- und Zungenpulsation.

SEIFERT.

40) **Pouget. Ein Fall von Dermoidgeschwulst des Rachens. (Un cas de polype dermoide du pharynx.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 20. 1914.*

Zehnjähriges Mädchen. Der Polyp wurde zufällig entdeckt. Ausgangspunkt der Dermoidcyste war die obere rechte Mandelbucht. Mikroskopische Untersuchnng ist mitgetheilt.

LAUTMANN.

41) **Giuseppe Hyzler. Zwei Fälle von Tonsilla succenturiata. (Due casi di tonsilla succenturiata.)** *Arch. ital. di laringologia. Bd. 34. H. 3.*

Im ersten Falle gestielter, von der Hinterfläche der linken Tonsille entspringender weisslicher Tumor, im zweiten Falle ebenfalls gestielter, in der Basis der rechten Fossa tonsillaris entspringender Tumor. Im ersten Falle bestand der Tumor völlig aus Tonsillargewebe; im zweiten Falle fand sich lymphatisches Gewebe nur in der äussersten Peripherie, im Uebrigen bestand er aus lockerem Bindegewebe.

CALAMIDA.

42) **Herman Lawrence. Inoperables Rundzellensarkom der Tonsille mit secundärer Halsdrüsenerkrankung. Verschwinden aller Krankheitserscheinungen unter Radiumbehandlung. (Round celled sarcoma of tonsil with secondary involvement of glands in neck inoperable; all signs of disease disappeared under radium treatment.)** *Australian med. journ. 6. Juni 1914.*

Titel besagt den Inhalt.

A. J. BRADY.



43) **Adolf Stoll** (Freiburg i. B.). **Zur Kenntniss des metastatischen Tonsillarcarcinoms.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 2. 1914.*

Das linksseitige Tonsillarcarcinom wird als Metastase eines wenige Jahre vorher operierten Mammacarcinoms aufgefasst und zwar als retrograde Metastase auf dem Wege des Ductus thoracicus. Ausser einem Falle von Krönlein (Beiträge zur klin. Chir., 1887), dem dieselbe Entstehungsursache zukommen dürfte, ist kein weiterer in der Litteratur beschrieben worden. W. SOBERNHEIM.

44) **Bérard** (Lyon). **Lymphom der Mandelgegend. Entfernung auf dem subangulomaxillären Wege. (Lymphome de la région amygdalienne. Ablation par la voie sous angulo-maxillaire.)** *Lyon médicale. 1. Februar 1914.*

Dieser durch Jaboulay empfohlene Weg gestattet die Entfernung auch grosser Tumoren ohne grosse Schädigung der Pharynxschleimhaut. Verf. konnte in seinem Falle einen hühnereigrossen Tumor mit dem Finger enucleiren.

GONTIER DE LA ROCHE.

45) **L. Jeanneret. Die malignen Tumoren des Pharynx beim Kinde. (Des tumeurs malignes du pharynx chez l'enfant.)** *Revue hebdom. de laryng. etc. No. 16. 1914.*

Bei einem 6jährigen Kinde machte sich ein Carcinom, ausgehend von der Rachenmandel, erst durch die Metastasen in die Submaxillardrüsen kenntlich. Diese interessante Krankengeschichte ist mit weniger Details gebracht, als der zweite Fall, ein 6wöchiges Kind, betreffond, das offenbar ein congenitales Sarkom der Mandeln hatte und mit Hautmetastasen auf die Welt kam. Die ausführliche anatomische und histologische Untersuchung des Falles machen die Lektüre dieser Arbeit für die Krebsforscher interessant. Details selbstverständlich im Originale nachzulesen, wo auch vier mikroskopische Schnitte abgebildet sind. LAUTMANN.

46) **Vincenzo Graziani. Ein Fall von beiderseitigem ulcerirten Lymphosarkom der Tonsille. (Di un caso di linfosarcoma tonsillare ulcerato bilaterale.)** *Arch. ital. di laringologia. Bd. 34. H. 3.*

47jähriger Mann; erschwerte Respiration und Schmerzen beim Schlucken. Foetor ex ore. Aus den Gaumennischen ragen beiderseits zwei grosse Tumoren hervor, die in der Mittellinie zusammenstossen, so dass der Isthmus faucium zu einer dreieckigen Spalte reducirt ist. Die Grösse der Neubildungen entspricht ungefähr einer Wallnuss. Auf der vorderen medianen Fläche sind sie ulcerirt, die linke mehr als die rechte. Die Consistenz der Geschwülste ist ziemlich hart. Bei der Digitalexploration constatirt man in der Umgebung der Tubenmündungen kleine Knötchen, die denselben Charakter haben wie die Tonsillargeschwülste. Grosse Drüsentumoren links am Halse, Drüsen auch in der linken Axillargegend. Wassermann negativ. Die histologische Untersuchung ergab Lymphosarkom der Tonsille. Gegen die Annahme eines leukämischen Lymphoms sprach das Ergebniss des Blutbefundes, gegen malignes Lymphom (Billroth) oder Hodgkin'sche Krankheit sprach das klinische und histopathologische Bild.

Wegen der Bilateralität der Erkrankung, des vorgeschrittenen Stadiums und der vorhandenen Metastasen wurde von einem chirurgischen Eingriff abgesehen.

CALAMIDA.



d) Diphtherie und Croup.

47) **Manen af Heurlin. Eine einfache Methode, die echten Diphtheriebacillen von Pseudodiphtheriebacillen kulturell zu unterscheiden.** Mit 1 Tab. (Vorläufige Mittheilung.) Aus der dermatolog. Univ.-Klinik zu Helsingfors (Vorstand: Prof. J. J. Karvonen). *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1914.*

Diese Methode gründet sich auf die schon früher beobachtete Eigenschaft der Pseudodiphtheriebacillen, in traubenzuckerhaltigem Hochagar von einer Reaction um den Phenolphtholeinpunkt ausgesaet aërophil zu wachsen, während die echten Diphtheriebacillen eine bedeutend grössere Fähigkeit zeigen, sich in sauerstoffarmer Umgebung zu entwickeln und im genannten Agar mehr indifferent wachsen. Wird die Menge des hinzugefügten N-Na_2CO_3 vermehrt, so tritt der Unterschied in dem Wachstumstypus bedeutend deutlicher zu Tage, wobei sich schliesslich im stark alkalinisirten traubenzuckerhaltigen Hochagar der echte Diphtheriebacillus anaërob oder anaërophil entwickelt, während sämmtliche Pseudodiphtheriebacillen nur extrem aërob oder überhaupt nicht wachsen.

HECHT.

48) **E. Schreiber. Ueber den jetzigen Stand der activen Diphtherieimmunisirung nach Behring.** *Ther. d. Gegenw. März 1914.*

Die active Immunisirung nach Behring besteht darin, dass ein Gemisch von Toxin und Antitoxin, das keine Spuren von Eiweiss enthält und demnach keine anaphylactischen Erscheinungen hervorrufen kann, in Abständen von einigen Tagen intracutan, subcutan oder intramusculär eingespritzt wird. Je nach der Stärke der localen oder allgemeinen Reaction muss die Impfung 2—3mal wiederholt werden. Irgend welche erheblicheren Schädigungen sind nicht beobachtet worden. Verf. hat das Mittel sowohl klinisch wie bei einigen Diphtherieendemien angewandt. Von den im Krankenhaus Geimpften ist keiner an Diphtherie erkrankt, obwohl sie der Ansteckung sehr ausgesetzt waren; auch bei den Endemien war der Erfolg gut.

FINDER.

49) **Mondolfo. Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie. (Contributo alla sieroterapia della difterite.)** *Morgagni. No. 2—7. 1913.*

Verf. redet der Anwendung hoher Serumdosen (bis 82000 I.-E.) das Wort; dieselben seien auch gegen die postdiphtherischen Lähmungen und zur Vorbeugung der Herzcomplicationen von Werth. Verf. berichtet über einen Fall von sehr schwerer Rachendiphtherie, bei dem die Tracheotomie gemacht werden musste und in dem die Bronchien bereits mit Membranen erfüllt waren; es wurde alle 3—4 Stunden eine Injection von 6000 I.-E. gemacht, bis im Ganzen 32000 I.-E. erreicht waren. In Fällen, in denen bereits Serum angewandt worden war, empfiehlt M., nach dem Vorschlage von Besredka nach einander Dosen von 1, 2 und 3 ccm intramusculär zu verabfolgen und auf diese Weise eine Antianaphylactisirung zu erreichen.

CALAMIDA.

50) **W. Pulawski. Ueber die Reinjection nach der Behandlung der Diphtherie mittels Serum. (O reinjekcyi surowicy przeciwbtoniczej.)** *Medycyna. No. 22. 1914.*

Im Ganzen wurden vom Verf. 68 derartige Fälle beobachtet, von denen bei 10 Kranken die Reininjection 4fach, und in 31 Fällen 3fach gemacht wurde.

v. SOKOLOWSKI.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

51) **Pieniazek. Tuberculosis laryngis bei einem 11jährigen Kinde. (Gruzlica krtani u 11letniego dziecka.)** *Gazeta lekarska. No. 26. 1914.*

Demonstration anatomo-pathologischer Präparate. v. SOKOLOWSKI.

52) **Sobernheim. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach Pfannenstill und nach Friedmann.** *Ther. d. Gegenw. Juni 1944.*

Verf. hat 13 Fälle von Kehlkopftuberculose nach Pfannenstill (Jodkali innerlich und Zuführung von Ozon oder Wasserstoffsuperoxyd auf die Geschwürsfläche) behandelt. Das Resultat war: subjectiv meist bedeutende Erleichterung, objectiv 4mal geringe Besserung, sonst kein Erfolg, Es wurden darauf bei vier Patienten Injectionen des Friedmann'schen Mittels (0,25 bzw. 0,3 g der grünen Packung I) vorgenommen. Auch hier blieb das Resultat negativ. Für Kehlkopftuberculose ist somit von beiden Methoden kein Erfolg zu versprechen, während sich das Pfannenstill'sche Verfahren in zwei Fällen von Nasenlupus sehr gut bewährte.

ALBRECHT (BERLIN).

53) **E. v. Tövölgy** (Budapest). **Die therapeutische Wirkung des Bacterium coli commune bei Kehlkopftuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 409. 1914.*

Vortrag, gehalten in der 26. Section des 17. internationalen Congresses in London August und referiert in dieser Zeitschrift, Jahrgang 29, 1913. S. 582.

OPPIKOFER.

54) **E. E. Hinmann. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Scharlachroth. (The treatment of tuberculosis of the larynx with scarlet red.)** *Albany medical annals. Februar 1914.*

Das erste und überraschendste Resultat war das sehr prompte Nachlassen der Schmerzen. Ulcerationen zeigten eine Tendenz zur Heilung; die Congestion wurde geringer und die Heiserkeit besserte sich. Die Applicationen erfolgten täglich zweimal mit einer 10proc. Lösung in gleichen Teilen von Sesamöl und Vaselin.

EMIL MAYER.

55) **Sir St. Clair Thomson. Drei Jahre Sanatoriumerfahrung bei Kehlkopftuberculose. (Three years' sanatorium experience of laryngeal tuberculosis.)** *Brit. med. journal. 11. April 1914.*

Bericht über die Erfahrungen, die Verf. am King Edwards Sanatorium Midhurst während der letzten 3 Jahre gesammelt hat. Alle aufgenommenen Fälle, nämlich 795, wurden untersucht; von diesen waren 693 tuberculös. Von diesen hatten 178 Kehlkopfaffectionen. Trotz der sorgfältigen Auswahl der zur Aufnahme zugelassenen Fälle hatten also 25,6 pCt. Kehlkopftuberculose, und zwar fand sich der Kehlkopf bei 28,3 pCt. der Frauen und 24 pCt. der Männer befallen. Von den Fällen des I. Stadiums (Turban-Gerhardt) hatten 13,7 pCt., von Stadium II 13,7 pCt., von Stadium III 40,8 pCt. Kehlkopftuberculose. Sehr oft machte die Kehlkopferkrankung gar keine Symptome. Von den 178 behandelten Fällen kamen 37 (20,78 pCt.) zum Stillstand, 62 (34,83 pCt.) zur Besserung, 62 (34,83 pCt.) wur-

den nicht beeinflusst und 17 (9,55 pCt.) wurden verschlechtert. In 22 von den zum Stillstand gebrachten Fällen wurde dies allein erreicht durch Stimmruhe und Allgemeinbehandlung, in den anderen 15 Fällen durch Anwendung der Galvanocaustik. Die Caustik wurde in 29,22 pCt. aller Fälle angewandt und in 41,66pCt. von ihnen wurde der Process zum Stillstand gebracht. Tuberculin wurde in einer grossen Anzahl von Fällen angewandt, jedoch sah Verf. keine guten Resultate davon. Nur in zwei Fällen wurden endolaryngeale chirurgische Eingriffe gemacht.

A. J. WRIGHT.

56) **Spiess** und **Feldt** (Frankfurt a. M.). **Tuberculose und Goldkantharidin, mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopftuberculose.** *Beitr. z. Klinik der Tuberculose. Bd. 30. H. 2.*

Die Anfangsdosis des intravenös zu injicirenden Goldcantharidins beträgt für Erwachsene 0,025, als Maximaldosis bestimmten die Autoren für Frauen und Schwächliche 0,075, für kräftige Patienten 0,1. Gelegentlich treten als Nebenerscheinungen auf: Magendarmstörungen, Icterus und Stomatitis. Der Heilerfolg war bei 100 Fällen localisirter Tuberculose (Haut, Kehlkopf) sehr ermuthigend. Die gleichzeitige Medication von Arsen ist unbedingt zu vermeiden. SEIFERT.

57) **O. Roepke** (Stadtwald-Melsungen). **Erfahrungen mit Mesbé bei Lungen- und Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1913.*

„Mesbé ist ein neues Mittel von unbekannter Zusammensetzung und Wirkungsweise. Seine Bezeichnung als Tuberculosemittel erscheint willkürlich. Es ist erst recht kein Tbc.-Heilmittel. Mesbéinhalationen und -Trinkkuren versagen bei Lungentuberculose vollständig. Auch die locale Anwendung bei Kehlkopftuberculose bringt keine Besserung, geschweige denn Heilung, häufig aber subjective und objective Verschlechterung. Mesbékuren sind deshalb als werthlos in den Heilstätten zu unterlassen und die ambulante Behandlung ist entschieden abzulehnen.

ZARNIKO.

58) **Engelhardt** (Ulm). **Zur Bekämpfung der Schluckbeschwerden der Phthisiker.** *Württ. Corresp.-Bl. No. 14. 1914.*

Empfehlung der Resektion des N. laryngeus superior, falls beiderseits erforderlich, dann nicht in einer Sitzung, sondern durch einen längeren Zwischenraum getrennt.

SEIFERT.

59) **Brunetti. Alkoholisation und Neurotomie der oberen Kehlkopfnerven. (L'alcoolisation et la névrotomie du rameau interne du nerf laryngé supérieur.)** *Arch. internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Die Alkoholinjection ist ein ausgezeichnetes therapeutisches Mittel bei der Behandlung der Dysphagie in Folge von Larynxphthise. Wenn sie nicht ausreichen, muss man die Neurotomie des inneren Astes des Laryngeus superior vornehmen und zwar am besten nach der Methode von Moure und Celles. Der Autor hat in 2 Fällen eine halbseitige, in einem Falle eine beiderseitige Neurotomie ausgeführt und dabei vom physiologischen Standpunkte folgende Beobachtungen gemacht. Nach einseitiger Durchschneidung des oberen Kehlkopfnerven (und zwar

seines inneren Zweiges) ist die entsprechende Kehlkopfseite hypästhetisch in dem Theile oberhalb des Stimmbandes. Die Gegenseite ist auch etwas weniger empfindlich wie normal, jedoch vielleicht nicht in allen Fällen. Nach doppelseitiger Durchschneidung ist die Schleimhaut der Epiplottis unempfindlich, der Rest des Kehlkopfeinganges wird hypästhetisch. Eine totale Aufhebung der Sensibilität kann somit nicht erzielt werden, weil vielleicht der Sympathicus und Recurrens an der sensiblen Innervation des Kehlkopfs betheiligt sind. Eine ausgesprochen halbseitige Anästhesie kann daher nur hysterischer Natur sein. LAUTMANN.

e II) Stimme und Sprache.

60) **Th. S. Flatau. Ueber die optischen Verhältnisse des Kehlkopfendoskops.** *Stimme VI. S. 225 u. 260. 1912.*

Verf. legt kurz die optischen Verhältnisse seines Instruments dar und vergleicht es mit jenem von Hays. Letzteres hat eine kleinere Eintrittspapille und daher geringere Helligkeit, geringeres Auflösungsvermögen neben grösserer Schärfentiefe. In solchen Instrumenten erscheinen nahe Objecte unter sehr grossem, entferntere unter unverhältnissmässig kleinem Winkel, weshalb eine Controle mit dem Kehlkopfspiegel zur richtigen Einschätzung der Perspective nöthig wird.

NADOLECZNY.

61) **L. Réthi. Singstimme und Nasenresonanz.** *Stimme VII.*

Die Nase ist nicht nur als Vorwärmer, Anfeuchter und Staubfänger für die Athemluft wichtig, sondern auch für die Verstärkung oder Abschwächung von Obertönen durch ihre Form, Grösse und Wandbeschaffenheit. Sänger, deren Nase nicht frei ist, forciren; nach der Behandlung wird ihre Stimme stärker, klangvoller, tragfähiger und sie müssen sich nicht mehr anstrengen. Der Umfang der Stimme nimmt nach oben oft, nach unten bisweilen und zwar etwa 14 Tage bis 3 Wochen nach der Operation. NADOLECZNY.

62) **Alois Schmitz. Die Registerfrage und das „Decken" der Töne.** *Stimme VII. Juli 1913. S. 301.*

Die Registereintheilung der Physiologen ist der Naturstimme eigen beim Mann Brust-Falsett, bei der Frau Mittelstimmregister und Kopfstimme angeblich keine Bruststimme (? Ref.). Der Kunstgesang hat nun die Aufgabe eine voix mixte sive Kunstregister, sive Einregister, sive Mittelregister auszubilden, welches functionell der Mittelstimme (Ausgleich zwischen Internus- und Externusspannung) nach Musehold entspricht (und ebenfalls dem appogio!). Decken dagegen sei ein Nothbehelf zum Verdecken eines mangelhaften Registerausgleichs. Er bevorzugt seinen früher schon empfohlenen „Uebungslaut" und hält sich an die Thesen der Stimmbildung von Siga Garsó. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

63) **G. Solaro. Osteosarkom der Schilddrüse. (Osteosarcoma della ghiandela tiroidea.)** *Clin. Chirurgica. 1913.*

Nach einer kurzen Literaturübersicht berichtet Verf. über einen von ihm

beobachteten Fall von Schilddrüsengeschwulst und zwar handelte es sich um einen Tumor vom Typus des Spindelzellensarkoms, in dem sich Herde von osteoidem, Knochen, Knochen- und Knorpelgewebe fanden. Verf. weist auf die Seltenheit dieser Fälle hin und bespricht deren pathologisch-anatomische Deutung und Pathogenese.

CALAMIDA.

64) **J. H. Jacobson. Thyreogener Ursprung des Morbus Basedow. (Thyreogenic origin of Basedow's disease.)** *Annals of surgery. März 1913.*

Auf Grund seiner ausführlichen Studie kommt Verf. zu folgendem Ergebniss:

1. Basedow'sche Krankheit kann experimentell bei niederen Thieren erzeugt werden durch Injection von Schilddrüsenflüssigkeit, durch Implantation von Thymusdrüse nnd durch Injection macerierter Schilddrüse. Erscheinungen, die sehr an Basedow erinnern, können bei Thieren durch Verfütterung von Schilddrüsensubstanz hervorgerufen werden.

2. Ein enger Zusammenhang zwischen Thymus und Schilddrüse ist evident.

3. Die Symptome des Basedow sind entweder zurückzuführen auf eine excessive oder perverse Schilddrüsensecretion mit primärer Störung in der Thymusdrüse, wobei nach der Theorie von Mikulicz die Schilddrüse als „Multiplicator" wirkt.

4. Basedow ist beim Menschen durch excessiven Gebrauch von Schilddrüsenextracten und Jodpräparaten hervorgebracht worden.

5. Es giebt in der Schilddrüse Veränderungen in chemischer, makro- und mikroskopischer Hinsicht, die für Basedow charakteristisch sind.

6. Typischer Basedow oder Symptome von Hyperthyreoidismus (sogenannte secundäre Basedow'sche Krankheit) kommen nach oder zugleich mit anderen Schilddrüsenaffektionen vor wie einfacher oder adenomatöser Kropf, Krebs und Entzündungen.

7. Es giebt beim Basedow ein charakteristisches Blutbild, das nach der chirurgischen Entfernung einer genügend grossen Menge der erkrankten Schilddrüse verschwindet.

8. Die erfolgreiche Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch Maassnahmen, die gegen die Schilddrüse selbst gerichtet sind oder durch Serumtherapie beweist den thyreogenen Ursprung der Erkrankung.

9. Die Basedow'sche Krankheit kann in nahezu 70 pCt. aller Fälle durch chirurgische Entfernung eines Theils der Drüse geheilt werden.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

65) **Hombresin. Secundäre Augenaffection in einem Fall von Schilddrüseninsufficienz. (Lésions oculaires dans un cas d'insuffisance thyroïdienne.)** *Soc. médico-chirurg. de Brabant. Presse médicale belge. 19. October 1913.*

Die Affectionen waren in diesem Falle von Myxödem: Gedunsenheit der Augenlider, Strabismus convergens, mehr rechts ausgesprochen, beginnender Katarakt beiderseits, Choroiditis und Retinitis. Die Schilddrüse war an der normalen Stelle nicht zu fühlen. Die Gedunsenheit besteht im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten. Pat. hatte Albuminurie und Diabetes.

PARMENTIER.



66) **Hischmann. Basedow'scher Symptomencomplex im Verlaufe der Syphilis. (Syndrome de Basedow au cours de la syphilis.)** *Annales des maladies vénériennes. No. 6. 1913.*

Plötzlich im Verlaufe einer secundären Syphilis trat eine Schwellung im rechten Schilddrüsenlappen auf, ziemlich schmerzhaft auf Druck. Gleichzeitig trat Zittern und Tachycardie auf. Exophthalmus fehlte ständig. Dafür klagte Pat. noch über Schwitzanfälle, Nasenbluten, Blutwallungen. Besserung unter Hg- + J. K-Kur. Auffallend ist, dass beim syphilitischen Basedow das Jodkalium auffallend gut vertragen wird. Fälle von syphilitischem Basedow sind von Gaucher beschrieben worden, sie zeigen sich im Anschluss an secundäre Syphilis des Mundes und des Rachens.

LAUTMANN.

g) Oesophagus.

67) **Adolf Horner. Unterbindung der Carotis communis wegen Arrosionsblutung (Halsabscess nach Oesophagusverletzung).** *Prager med. Wochenschr. No. 27. 1914.*

Die Halsphlegmone entstand 14 Tage nach Verschlucken einer Fischgräte; Verf. nimmt an, dass die Gräte durch ein festes Magenrohr, das von einem Arzte eingeführt wurde, durch die Oesophaguswand durchgedrückt wurde. Da die Gräte selbst nicht gefunden wurde, so bleibt auch die Möglichkeit bestehen, dass die Infection des periösophagealen Gewebes auf dem Wege der Lymphbahn zu Stande gekommen sei. Die Phlegmone wurde operirt. Ungefähr drei Wochen danach trat, nachdem es schon vorher zu kleineren Blutungen beim Verbandwechsel gekommen war, bei einem solchen eine sehr starke Blutung aus der A. carotis communis auf. Freilegung des Arterienstammes; derselbe erweist sich als sehr morsch. Die Arterie wird zunächst unterhalb der arrodirten Stelle, dann oberhalb derselben unterbunden und dann zwischen den Ligaturen durchtrennt. Nachmittags rechtsseitige Hemiparese unter Mitbeteiligung des N. facialis. Auch zeigen sich motorisch-sensorisch-aphasische Störungen. Es trat völlige Heilung ein.

FINDER.

68) **Ino Kubo. Erfahrungen über die Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus und den Luftwegen mittelst der directen Untersuchungsmethoden im letzten Jahre (1912).** *Kiushu-Okinawa Igakkaishi. No. 19. 1913.*

Als fünfter Bericht teilt der Autor seine Erfahrungen über 36 Fremdkörperfälle (davon 6 Fälle in den Luftwegen) mit. Zehn Fälle betrafen unter 10jährige Kinder. Was das Geschlecht anbetrifft, so fallen 60 pCt. auf das männliche und 40 pCt. auf das weibliche. Die meisten Fremdkörper im Oesophagus sind Münzen (bei Kindern) und künstliche Zähne (bei älteren Leuten). Alle 6 Fälle der Luftwege sind Bronchialfremdkörper, welche am meisten Kinder betrafen, während ein Fall von Trachealkanüle einen 40jährigen Mann betraf, welcher eine alte Kanüle 16 Jahre lang trug und nachts unbewusst aspirirte. K. giebt eine neue Zange für Extraction von „go"-Stein an, welcher eine Linsenform hat und in Japan wie Schach sehr viel gespielt wird.

KUBO.

69) **Molin** (Lyon). **Fremdkörper des Oesophagus. Oesophagotomie. Tod in Folge Ulceration der Carotis interna. (Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomie. Mort tardive par ulcération de la carotide interne.)** *Lyon médical. 3. Mai 1914.*

In der Discussion gaben Vallas und Bérard der Ansicht Ausdruck, dass die Perforation durch das Liegenlassen einer Dauersonde im Oesophagus verursacht worden sei.

GONTIER DE LA ROCHE.

70) **M. Gantz** (Warschau). **Zwei seltene Complicationen von Fremdkörpern im Oesophagus (1. Meningitis purulenta, 2. Phlegmone colli et Fistula oesophagi) nebst Bemerkungen über die Behandlung der Fremdkörper im Oesophagus im Allgemeinen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 183. 1914.*

Bei Fall 1, der letal endigte, diagnosticirte der Autor einen retroösophagealen Abscess durch Fischgräte, Einbruch des Abscesses in den Vertebralkanal und dadurch Meningitis. Kein Sectionsbefund.

Da die Annahme vom Steckenbleiben der Fischgräte im Hals sich nicht auf den positiven Befund, sondern nur auf die Anamnese stützt, die Oesophagoskopie, von anderer Seite ausgeführt, negativ ausgefallen war und Schluckbeschwerden fehlten, so erscheint dem Referenten obige Diagnose unsicher und bei Berücksichtigung der ganzen Krankengeschichte die Diagnose einer Meningitis nach Peritonsillitis wahrscheinlicher.

Fall 2. 2 cm langes Knochenstück in der äusseren Wand des linken Sinus pyriformis. Extraction des Fremdkörpers, nachdem bereits von anderer Seite versucht worden war, den Knochen blindlings herunter zu stossen. Unter hohem Fieber Entstehen einer eitrigen Halsphlegmone, die von aussen freigelegt wurde. Aus der Incisionsöffnung am Halse entleerten sich anfänglich neben übelriechendem Eiter Speichel und Nahrungsbestandtheile. Allmählicher Verschluss der Oesophagusfistel und Sistiren der Eiterung aus der Incisionsöffnung am Halse. Dauernde Heilung.

OPPIKOFER.

71) **W. F. Kless. Ueber Fremdkörper im Oesophagus.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1914.*

Bericht über 3 Fälle, Theil vom Gebiss, Knochenstück, Blechstück in Münzenform. In den beiden ersten Fällen konnte man den Fremdkörper bereits bei Inspection des Rachens und Kehlkopfs aus dem Eingange des Oesophagus hervorragen sehen. Man soll aber die instrumentelle Extraction nach oben nur dann versuchen, wenn der Fremdkörper im obersten Theil der Speiseröhre sitzt, so dass man noch mit dem Gang des Instrumentes controlliren kann. Münzenfänger usw. werden perhorrescirt, ebenso wie das Hinabstossen mit Sonden und blinde Extraktionsversuche; die Oesophagoskopie ist diagnostisch und therapeutisch die Methode par excellence.

FINDER.

72) **H. J. Haflin. Oesophagotomie zur Entfernung von Fremdkörpern. (Oesophagotomy for the removal of foreign body.)** *Pediatrics. November 1913.*

$2^1/_2$jähriges Kind, das einen Kupferpenny verschluckt hatte. Röntgenauf-

nahme zeigte den Fremdkörper in Höhe des Sternoclaviculargelenks mit der Fläche im antero-posterioren Durchmesser. Nach einigen Tagen vergeblicher Versuch der Extraction mittels Oesophagoskopie. Operation. Die Münze wurde in der theilweise ulcerirten Oesophaguswand gefunden. EMIL MAYER (L. JACOBS).

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **O. Seifert. Syphilis der Athmungsorgane: Nase, Nasenrachenraum, Larynx und Trachea.** Sonderabdruck aus dem Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz. Wien 1912 und 1913.

Von den deutschen Laryngorhinologen dürfte zur Bearbeitung des vorliegenden Kapitels Seifert einer der allerberufensten sein; hat er doch viele Jahre — ich weiss nicht, ob noch gegenwärtig — neben Rhinolaryngologie auch Syphilidologie und Hautkrankheiten gelehrt und praktisch betrieben. So vereinigt sich in ihm eine grosse Erfahrung auf dem Gebiete der Laryngologie und der Lehre von der Syphilis. Nimmt man dazu, dass Seifert eine ausserordentlich grosse Kenntniss der einschlägigen Literatur besitzt, so ist das Urtheil über die vorliegenden Arbeiten gegeben. Die in Rede stehenden Erkrankungen sind sowohl, was die Aetiologie, die Statistik, die Erscheinungsformen usw. betrifft, mit seltener Vollständigkeit behandelt, neben den Zusammenstellungen aus der Literatur tritt überall das eigene wohlgeschulte und begründete Urtheil Seifert's hervor, so dass die Arbeiten in gleicher Weise für den Syphilidologen, wie für den Rhinolaryngologen eine Fundgrube des Wissens darstellen. Sehr bemerkenswerth sind die Ansichten Seifert's über die extragenitalen Erkrankungen an Syphilis, unter denen die primären Infectionen der Athmungswege eine beachtenswerthe Stellung einnehmen. P. Heymann.

b) Oto-Laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 21. Oktober 1913.

Vorsitzender: Prof. Uchermann.
Sekretair: Dr. Fleischer.

Uchermann erwähnte einen Fall von Sinuitis maxillaris und frontalis mit Thrombose des Sinus sagittalis superior und metastatischen Abscessen in den Lungen; Tod durch Lungenblutungen.

Der Patient, ein 14jähriger Knabe, hatte Weihnachten 1912 ein Zahngeschwür im rechten Oberkiefer. Ein ausgezogener Backenzahn erwies sich als an der Wurzel entzündet, und es blieb etwas Schwellung in der Backe zurück. Kurz darauf begann etwas Eiter aus dem rechten Nasenloch zu kommen. Deswegen suchte er den Arzt Anfang August dieses Jahres auf, und es wurde durch Punction von der Nase aus Eiter im rechten Antrum Highmori nachgewiesen. Weitere Behandlung wurde auf Rath des Arztes einen Monat verschoben, den der

Patient auf dem Lande zubrachte. Nach der Rückkehr zu Anfang September wurde die Oberkieferhöhle wieder durch die Nase ausgespült, im Ganzen 5mal. Gestern Spannen im rechten Auge mit zunehmender Anschwellung der Augenlider, so dass er bei der Aufnahme die Augen nicht öffnen kann. Er hat keine Kopfschmerzen gehabt, kein Frösteln.

Bei der Aufnahme ins Hospital am 17. 9. 1913 Temperatur 38,4, Puls 104. Die rechte Backe etwas geschwollen, nicht empfindlich, kein Schmerz beim Drücken auf den Boden der Frontalhöhle, dahingegen entsprechend dem äusseren Teil des Arcus superciliaris. Im übrigen nichts Krankhaftes.

Am Morgen des 18. 9. Temp. 38,3. Nach einem Frostanfall Temp. 40,2. Bei extremem Blick nach den Seiten sowie aufwärts gibt der Patient an, dass er doppelt sieht. Etwas Chemosis conjunctivae. Radikale Operation der rechten Oberkieferhöhle unter Narkose. Am 19. 9. Temp. 39,1—38,1, Frostanfall, begleitet von Erbrechen, wonach die Temp. 39,7. Der Patient ist seit gestern etwas schläfrig gewesen, doch klar, klagt über Kopfschmerzen. Das Oedem über dem Auge hat etwas zugenommen. Resection des Bodens vom Sinus frontalis nach innen, nebst einem Theil vom Processus frontalis und den vordersten Ethmoidalzellen. Die Stirnhöhle erstreckt sich nach aussen nur bis zur Mitte der Augenbrauen, nach oben dagegen etwa 3 cm. Dieselbe ist angefüllt von Eiter, Granulationen und ödematös angeschwollener Schleimhaut; Granulationen finden sich auch in den Ethmoidalzellen. Nach der Entfernung grosse Oeffnung hinunter nach der Nasenhöhle und dem Antrum. Es wurde ein Jodoformgazestreifen hineingelegt und die Wunde zugenäht.

Am 20. 9. Temp. 39—38,3. Am 21. 9. Temp. 37,5—37,1. Andauernd starke Geschwulst und Empfindlichkeit des oberen Augenlids. Am 22. 9. Temp. 37,9 bis 39,5. Auf dem oberen Augenlid sieht man nach innen einen erbsengrossen schwarzen Fleck, von dessen Rande stinkender Eiter kommt; am Canthus externus eine Perforation der Haut, woraus ebenfalls Eiter kommt. Die Haut zwischen diesen Punkten ist unterminirt und wird gespalten. Am 23. 9. Temp. 40,2. Der Patient klagt seit heute Nacht über Stiche in der rechten Seite und trockenen Husten. Keine Kopfschmerzen oder Frösteln. Vollständig klar. Unterhalb des Schulterblattes in einer handbreiten Ausdehnung leichte Dämpfung, etwas geschwächte Respiration, nach oben weicher Reibungslaut. Etwas Anschwellung und Empfindlichkeit in der rechten Schläfenregion. Befindet sich subjektiv recht wohl.

Am 24. 9. Temp. 40,9—39,7. Gestern Nachmittag, am 29. 9. ein Frostanfall mit Temp. 40,3, Abends 39,8, heute 39,4. Es wird ein Abscess in der Schläfenregion geöffnet. Die Dämpfung an der Rückfläche der Lunge etwas mehr ausgeprägt. Am 26. 9. Temp. 40,4—39,1. Bei Probepunction der rechten Pleurahöhle trübes, gelbes Serum. 27. 9. Temp. 39,5—38,4. Heute Nacht während einiger Stunden unaufhörlicher Husten. Respiration 32.

Es zeigt sich etwas icterische Farbe der Haut und Conjunctiva. 28. 9. Temp. 38,6—39,7. Am 29. 9. Temp. 40—39,8, nach einem Frostanfall 40. Bei Punction der rechten Pleurahöhle wird etwa 100 ccm blutvermischtes Serum entleert.

Der Patient befand sich danach recht wohl. Um 6 Uhr 30 Min. Nachm. ein Frostanfall mit einer Temp. von 40,5. Ein Stunde später wiederum ein Frostanfall,

verbunden mit starkem Hustenanfall und Aufhusten von einem Eiterbecken voll hellem, schäumendem Blut. Die Atmung später röchelnd. Es wurde Salzwasser injicirt. Tod 8 Uhr Nachm.

Bei der Obduktion fand man Eiterinfiltration der Weichteile um den rechten oberen Orbitalrand und den daranstossenden Teil der Temporalregion, wo das Periost teilweise abgelöst ist. Auf der entsprechenden Stelle der Innenseite ist Eiter zwischen dem Knochen und Dura, kein Usur des Knochens, Entfärbung der Dura und kleine Blutungen, keine Perforation. Fortsetzend von dieser Stelle sah man eine gelbe Entfärbung der Dura über dem Orbitaldach, wie auch Entfärbung und Eiterinfiltration des Knochens selbst und an der Innenseite desselben längs der äusseren Wand der Orbitalhöhle. Gleich rechts vom Anfang des Sinus sagittalis sup. findet man einen grützkorngrossen Abscess. Bei der Auftrennung des Sinus von dieser Stelle aus, findet man in einer Länge von fast 10 cm erweichte Thromben (Thrombophlebitis). Die übrigen Sinus sind intact. Eiter in allen nasalen Nebenhöhlen auf der rechten Seite, kein Zeichen von Perforation des Knochens. Im rechten unteren Lungenlappen nach hinten, eine beinahe hühnereigrosse gangränöse Höhle, worin Blut. Ausserdem mehrere verstreute kleinere. Auf Pleura fibrino-purulente Membranen; Cultur von Eiter des Sinus frontalis. Staphylokokken und Streptokokken, ausserdem fusiforme Bakterien und Spirochäten. Cultur der Milz, die geschwollen ist. Staphylokokken in Reincultur.

Die Infection des Sinus sagittalis scheint hier also von der ursprünglichen Periostitis des Oberkiefers herzurühren, nicht vom Sinus frontalis, der klein war und dem inneren, nicht angegriffenen Theil der Orbita entsprechend. Die Geschwulst der Augenbrauen wurde von Anfang an mit den Nebenhöhlenleiden in Verbindung gebracht; eine Incision hier gleich bei der Aufnahme, würde vielleicht Einfluss auf den Verlauf gehabt haben können. Es waren jedoch schon am ersten Tage Frostanfälle. Die Sinusphlebitis (von der Pachymeningitis hervorgerufen) gab keine deutlichen Zeichen, nicht einmal Kopfschmerzen; die Stiche schienen auf einer metastatischen pyämischen Pleuritis zu beruhen.

2. Uchermann demonstrirt einen erbsengrossen, etwas unregelmässigen Tumor, ausgehend von dem rechten Ventriculus Morgagni bei einem 18jährigen Mann. Er wurde mit der Zange entfernt und erwies sich mikroskopisch als aus Schleimdrüsen bestehend, in einem losen Binde- und Fettgewebe liegend, sowie Rundzellen, d. h. Schleimhauthyperplasie mit Entzündung, oder wie man es früher nannte, „eversio ventriculi Morgagni".

3. Tumor nervi acustici. Tumor medullae oblongatae (Glioma).

Ein 16jähriger Knabe wurde am 1. Juni 1913 in's Reichshospital aufgenommen. Vor 3 Jahren entdeckte er zufällig, dass er auf dem linken Ohr vollständig taub war. Früher gutes Gehör, kein Ohrenleiden. Vor $1^1/_2$ Jalren merkte er, dass er schwindelig wurde, wenn er sich niederbeugte, so dass er sich festhalten musste, um nicht zu fallen. Dieses besteht auch fernerhin, doch weniger als ehedem. Niemals Brechbewegungen. Ungefähr gleichzeitig trat Facialis- und Abducenslähmung ein. Sein Gang fing an unsicher zu werden, schwankend; seit Weihnachten 1912 kann er nicht ohne Stock gehen. Seit derselben Zeit bekommt er auch ab und zu flüssige

Nahrung durch die Nase zurück, und er ist heiser geworden. Er hat sich krank gefühlt, hat nicht zu Bett gelegen, sieht gut aus.

Bei der Untersuchung in der Nervenabtheilung auf dem Reichshospital findet man den rechten Facialis in allen Verzweigungen gelähmt, doch mit beinahe normaler Reaction gegen beide Stromarten (ebenso die Musculatur). Starke Speichelabsonderung. Beim Oeffnen des Mundes dreht sich der Unterkiefer nach links (Lähmung des linken M. pterygoideus int.), während der linke M. masseter sich gut contrahirt. Es besteht ausserdem Paralyse der linken Hälfte des Gaumensegels und linken N. recurrens (das linke Stimmband in Cadaverstellung). Etwas Dysphagia, auch bei fester Nahrung und erloschener Geschmack in der linken Zungenhälfte (Parese des N. glossopharyngeus). — Herabgesetzte Corneasensibilität auf dem rechten Auge, das nach innen schielt, Sehkraft 5/8, normales Gesichtsfeld, keine Stauungspapille. Nystagmus, wesentlich horizontal und beim Blick nach aussen. Etwas Ataxie, was die linke Hand betrifft und Adiadochokinese (Supination und Pronation geht langsamer vor sich als auf der anderen Seite). Normale Reflexirritabilität und gute Kräfte. In den Unterextremitäten gute Kraft, die jedoch als herabgesetzt angegeben wird, der Patient kann sich erheben, wenn gestützt, auf den Hacken und den Zehspitzen gehen. Patellarreflexe vorhanden, der Plantarreflex giebt auf der rechten Seite ab und zu Babinski-Typus. Etwas Ataxie bei Bewegung des linken Beines in liegender Stellung. Es ist ausgeprägtes cerebelläres Taumeln vorhanden, Romberg + (statische Ataxie, doch ohne specielle Neigung nach einer speciellen Seite zu fallen). Auch in sitzender Stellung ruckweise Bewegung des Kopfes und Oberkörpers.

Keine psychischen Anomalien, besonders kein Stupor, keine Erinnerungsschwäche. Keine Kopfschmerzen, Erbrechen oder Bradykardie. Zur Zeit kein Schwindelgefühl. Kalorische und Rotationsversuche zeigen keine Reaction des linken ampullären Apparats. Zeigeversuche gelingen mit beiden Armen (sind normal).

Da die langsame Entwickelung und Reihenfolge der Symptome auf eine Geschwulst im cerebello-pontinen Winkel (Acusticustumor) zu zeigen schien, wurde am 10. 6. totale Mastoidectomie + Labyrinthectomie vorgenommen. Bei der Freilegung der Dura grössere venöse Blutung, weshalb Tamponade und Aussetzen mit der weiteren Operation. In den folgenden paar Tagen steigende Temperatur bis 38,5, später normale Temp. und Wohlbefinden.

23. 6. Forsetzung der Operation mit weiterer Entfernung der Pyramide bis zum Porus acusticus int. und weitere Blosslegung der Dura, die sich stark verdickt erweist (beim Durchschneiden ca. $^1/_2$ cm). Die Gehirnhöhle wird durch horizontalen Schnitt geöffnet, kein Acusticustumor ist zu sehen oder zu fühlen. Dahingegen drängt die Gehirnmasse hervor, die Cystenaussehen hat, aber keine deutliche Begrenzung. Tamponade, Jodoformgaze.

24. 6. Temp. 36,2 — 40,3. Coma. Tod am selben Vormittag.

Bei der Obduction wird an der linken Seite des Pons eine weiche, graurothe, etwas knotige Geschwulstmasse (Glioma) gefunden, die sich auf der Vorderseite ungefähr bis zur Mittellinie erstreckt, nach aussen einen grossen Theil der

linken Hemisphäre infiltrirt und nach innen den 4. Ventrikel erreicht, wo dieselbe hervorragt und den Boden bis zu 2—3 mm von der Mittellinie, aufwärts bis zu den Striae acusticae infiltrirt. Die Ausgangsstellen für N. acusticus, facialis und trigeminus liegen in der Geschwulstmasse, von den Nerven sieht man keine Spur. N. abducens liegt im äusseren Rande der Geschwulst, N. glossopharyngeus und vagus in derselben.

N. hypoglossus und accessorius sind ganz frei.

Ausserdem basale, suppurative Meningitis.

Darauf erwähnte Wetterstad: 1. einen Fall von Rhinolithiasis.

Der Patient hatte seit Jahren an rechtsseitiger Nasalstenose mit stinkendem Ausfluss und Kopfschmerzen gelitten. Eine mächtige rechtsseitige Septumdeviation machte den Einblick in die Nase an dieser Seite unmöglich, aber durch Rhinoscopia posterior wurde ein unebener schwarzgrüner Körper entdeckt, der die rechte Choane vollständig ausfüllte. Das Röntgenbild zeigte einen entsprechenden Schatten. Nach vorausgehender submucöser Septumresection gelang es mit einer Luc'schen Zange einen Rhinolith zu entfernen, der 8,8 g wog und der dem mittleren Nasengang entsprechend, einen Ausläufer ins Antrum Highmori sandte. Nach einigen Ausspülungen derselben Heilung. Eine Analyse des Steines wurde nicht vorgenommen und ein Kern konnte nicht nachgewiesen werden.

2. Eine Modificaton der submucösen Septumresection.

In einzelnen, gewiss seltenen Fällen von besonders tiefsitzenden Deviationen ist die Uebersicht mit der gewöhnlich benutzten Killian'schen Septumresection weniger befriedigend. Besseren Ueberblick erhält man durch Freer's Methode; aber die Ablösung eines Schleimhaut-Perichondriumlappens von hinten nach vorne ist nicht immer leicht ohne Zerreissung des Lappens. Man kann alsdann auf folgende Weise vorgehen: Schnitt auf der concaven Seite der Deviation längs des vorderen Septumrandes nach Mentzel und Hajek, wonach die Schleimhaut abgelöst wird auf derselben Seite. Ein Tampon wird zwischen diese und den Knorpel gelegt. Darauf wird die Schleimhaut auf der anderen Seite in derselben Weise gut nach hinten abgelöst. Durch einen Freer'schen „umgekehrten L-Schnitt" wird ein im Voraus abgelöster Lappen, der zur Seite geschlagen wird, abgegrenzt. Im Uebrigen geht man wie gewöhnlich nach Freer vor. Man vermeidet dadurch mit Sicherheit eine Läsion der Schleimhaut an der concaven Seite, wenn der Knorpel durchgeschnitten wird. Man erhält eine ausgezeichnete Uebersicht über das Operationsfeld und man erhält einen gut deckenden Lappen. Lockere Tamponade und zwei Suturen im ersten Schnitt.

Wetterstad zeigte ein Ringelevatorium zum Gebrauch bei Tonsillektomie vor.

Dieses besteht aus einem flachen, scharfen Ringmesser, ca. 4 mm breit und 3 cm im Diameter. Der Ring ist im stumpfen Winkel an einem Schaft befestigt. Nachdem die Tonsille vom vordersten Gaumenbogen gelöst und mit einer Blegvad'schen Pincette aus ihrer Lage hervorgezogen ist, wird der Ring über

die Pincette gezogen und um die Tonsille angebracht. Unter stetem Ziehen an der Pincette und rotirender Bewegung mit dem Elevatorium lässt sich die Tonsille in der Regel leicht mit ihrer Kapsel herausschälen. Man muss drei verschiedene Nummern haben. Uchermann.

---

c) Schottische Oto-Laryngologische Gesellschaft.

VI. Versammlung vom 31. Mai 1913 zu Glasgow.

Vorsitzender: A. Brown Kelly.

Brown Kelly demonstrirt 1. seine Methode, die Temperatur des Respirationsstromes im Nasenrachenraum mittels eines durch den Mund eingeführten Thermometers zu messen.

2. Eine Anzahl von Fällen:

Frau mit Compressionsstenose der Trachea und des Oesophagus, Dyspnoe und Dysphagie verursachend.

Es handelte sich um einen grossen Abscess zwischen Trachea und Oesophagus auf der linken Seite; er wurde entleert und sofort verschwanden die Beschwerden.

Mann mit doppelseitiger Abducenslähmung und anderen Symptomen einer Erkrankung des Centralnervensystems.

Es handelte sich um eine fleckenweise gummöse Leptomeningitis der Medulla und des Rückenmarks in der Cervical- und Lumbosacralregion. Zwei Injectionen von Neo-Salvarsan brachten erhebliche Besserungen.

Ein Kind, das von Osteomyelitis des Oberkiefers wieder hergestellt wurde.

Eine Frau mit Papillomen der Nasenschleimhaut.

Die Geschwülste sassen an der rechten mittleren Muschel und der lateralen Wand des mittleren Nasengangs.

Zwei Fälle von angeborener Choanalatresie.

Der eine betrifft eine 38jährige Frau; sie hatte eine knöcherne Atresie rechts, die mittels der Keilbeinhöhlenstanze entfernt wurde. Der andere betraf ein neunjähriges Mädchen, bei dem ein membranöser Verschluss der rechten Choane bestand. Nachdem einen Monat lang eine Tube getragen worden war, stellte sich der Verschluss wieder her.

Drei Fälle von Dermoid der äusseren Nase.

Frau mit hysterischer Aphonie, die seit 5 Jahren besteht.

Zuerst bestand eine Transversusparese und darauf auch eine Parese der M. thyreo-arytaenoidei mit Aneinanderpressen der Taschenbänder.

J. R. Drever: Zwei Fälle von chronischem Oedem des Gesichts mit recidivierenden acuten Exacerbationen, die mittels autogener Vaccine behandelt wurden, welche von aus der Nase isolirten Staphylokokken bereitet wurde. Nach 11 Injectionen war der eine Fall geheilt, der andere befindet sich in ständig fortschreitender Besserung.



Walker Downie: Zwei Fälle von Carcinom der Nase.

In beiden Fällen handelte es sich um männliche Erwachsene. In dem einen war es ein Tumor von adeno-papillärem Charakter, der 5 Monate nach der Operation recidivirte; in dem Falle war die äussere Nase mitbefallen.

Galbraith Connal: Mann mit Entzündungs- und Bewegungsbeschränkung des rechten Stimmbandes.

Wassermann positiv. Nach 4 Monate langer specifischer Behandlung keine Besserung.

J. Adam: Mann mit chronischer Entzündung und Ulceration der Schleimhaut des Kehlkopfs und Rachens.

Diagnose zweifelhaft: die Erkrankung bestand schon seit Jahren, gleichzeitig eine der Schleimhautaffection etwas ähnliche Hauterkrankung. Wahrscheinlich Pemphigus.

W. S. Seyme: Mann von 72 Jahren mit maligner Erkrankung der linken Kehlkopfseite.

Brown Kelly demonstrirt eine Anzahl von Oesophaguspräparaten und Röntgenplatten von Fremdkörpern, ferner das Instrumentarium für Schwebelaryngoskopie.

Sitzung vom 22. November 1913.

Vorsitzender: J. D. Lithgow.

J. D. Lithgow berichtet 1. über einige Fälle von Störungen der Respiration während der Anwendung von Aethylchlorid bei Operation von Adenoiden und Tonsillen.

Diese Athemstörung kam dadurch zu Stande, dass die Epiglottis sich wie ein Saugleder an die hintere Rachenwand anlegte, so dass man mit dem Finger hinter die Epiglottis gehen und sie frei machen musste.

2. Beschreibt seine Methode der Behandlung von Schwellungen der unteren Muschel mittels Injection von ein paar Tropfen einer 60proc. Lösung von Carbolsäure in Glycerin.

Die dadurch bewirkte Fibrose führt zu einer Schrumpfung der Muschel.

3. Zwei Fälle von maligner Erkrankung der Mundrachenhöhle und des Hypopharynx nach Operation und ein Fall von beiderseitiger Stirnhöhleneiterung nach Radicaloperation.

W. T. Gardiner: 1. Frau mit chronischer subglottischer Infiltration wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs.

2. Blutender Septumpolyp; der äusserst zellreiche Charakter der Geschwulst liess an Sarkom denken.

G. Porter: 1. Fall von postoperativer Osteomyelitis des Stirnknochens nach Stirnhöhleneiterung.

Oedem breitete sich nach oben bis zur Haargrenze aus. Der Stirnknochen war freigelegt, erschien verdickt, weich und gefässreich; es war kein Eiter in der

Diploe und die Dura war gesund. Ein sehr grosser Herd erkrankten Knochens wurde entfernt und Pat. genas.

2. Halbpennystück im Oesophagus eines 8jährigen Kindes.

Bei Versuch der ösophagoskopischen Extraction schlüpfte der Fremdkörper in den Magen.

Milne Dickie: 17jähriges Mädchen mit seit der Geburt datirender Heiserkeit.

Bewegung des rechten Stimmbandes sehr beschränkt; auf seiner Oberfläche ungefähr in der Mitte eine rothe ovale Stelle; vorn etwas subglottische Schwellung. Diagnose?

2. 43jährige Frau mit Kehlkopfstridor, der Tracheotomie nöthig machte.

Die Stimmbänder lagen in Juxtaposition. Es bestand geringe Bewegung des rechten Stimmbands nach aussen. Die Taschenbänder waren geschwollen. Wenige Tage darauf bewegten sich die Stimmbänder ganz frei.

Philp Mitchell: Die ätiologische Beziehung der Gaumenmandeln zur tuberculösen Cervicaladenitis bei Kindern.

Es wurden bei 64 Kindern, die an tuberculöser Erkrankung der oberen tiefen Cervicaldrüsen litten, die Gaumentonsillen untersucht. In 24 Fällen (37 pCt.) fanden sich histologische Zeichen von Tuberculose in den Tonsillen; Impfung mit diesen Tonsillen hatte in 19 Fällen (30 pCt.) ein positives Ergebniss.

Bei 90 Kindern, die keine Cervicaladenitis hatten, fand sich 6mal histologisch Tuberculose und 9mal hatte die Impfung ein positives Ergebniss.

A. Logan Turner: 1. 52 Jahre alte Frau mit eigenthümlicher Hyperplasie der Schleimhaut der Uvula, des weichen Gaumens, Pharynx und Larynx.

Keine Anzeichen von Syphilis, Tuberculose oder Rhinosklerom.

2. 59jähriger Mann mit multiplen Teleangiektasen der Gesichtshaut und Nasen- und Mundschleimhaut.

Schwere Epistaxis, keine Bluterfamilie.

3. Zwei Fälle von Sarkom der Tonsille, in welchen die Geschwulst per vias naturales vor einem Jahr enucleirt worden war. Kein Recidiv.

4. 40jährige Frau mit Carcinom hinter dem Ringknorpel.

Vor 3 Jahren operirt, kein Recidiv.

A. Logan Turner.

---

d) Rumänische Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Juni 1913.

Vorsitzender: Eugen Felix.

Mayersohn: Diaphragma der Trachea.

34jähr. Mann. Im Alter von 4 Jahren hatte er Larynxpapillome; im 6. Lebensjahr wurde er laryngotomirt und tracheotomirt und wurde in der Folge



wegen der immer recidivirenden Papillome verschiedentlich operirt. Er trug bis zum 15. Jahre die Canüle. Vom 16.—24. Jahr wurden die letzten Papillome per vias naturales entfernt. Er ist zur Zeit sehr heiser und häufig Katarrhen unterworfen. Er wurde vor 7 Jahren zuerst von M. untersucht, der ungefähr 2 cm unterhalb der Stimmbänder eine circuläre Membran constatirte, die in sagittaler Richtung ausgespannt ist und die Athmung nicht behindert.

Costiniu: 68jähr. Dame, die vor 5 Monaten von Banditen an der Kehle geschnürt wurde. Es erfolgte eine Blutung aus den Ohren, doppelseitige Taubheit und Ohrensausen. Es entwickelte sich nun eine Mittelohrentzündung. C. wirft die Frage auf, ob die Ohrerkrankung im Zusammenhang steht mit dem vor 5 Monaten erlittenen Trauma.

Sitzung vom 5. November 1913.

Metzeanu stellt im Namen Costiniu's ein junges Mädchen von 12 Jahren vor mit nervöser Sprachstörung. Sie stottert seit frühester Kindheit, besonders bei den Buchstaben sch und k. Vor 6 Monaten wurde sie wegen einer doppelseitigen Mandelhypertrophie operiert. 4 Monate später zeigte sich ein Spasmus laryngis, der jedesmal dann auftrat, wenn sie mehr als dreisilbige Worte aussprechen wollte. Diese Worte brachte sie erst nach langen und heftigen Anstrengungen hervor; sie wurde dabei rot im Gesicht, der Puls wurde beschleunigt, und die Patientin hob sich auf den Fussspitzen. Diese Erscheinungen gingen beim Lesen dem Aussprechen eines jeden Wortes voraus, während sie beim Sprechen nur vor den mehrsilbigen und mit einem Consonanten beginnenden Worten diesen Spasmus des Kehlkopfs nebst den choreatischen Bewegungen zeigte.

Seligmann berichtet über einen kirschkerngrossen, harten Tumor an der Zungenbasis bei einem 6 Monate alten Mädchen. Der Vater meint, dass der Tumor bereits seit der Geburt vorhanden sei. S. ist der Ansicht, dass der Tumor, den er mit der warmen Schlinge leicht entfernen konnte, dem Canalis thyroglossus angehört.

Mayersohn.

IV. Briefkasten.

Unserem Mitarbeiter Dr. Hanszel (Wien) ist vom Kaiser von Oesterreich der Titel eines Medicinalraths verliehen worden.

Für die Redaction verantwortlich Prof Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, October. 1914. No. 10.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, Instrumente.

1) **Otto Seifert. Die Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke.** *Sonderabdruck aus dem Festbuch „Hundert Jahre bayerisch".*

Geschichte des rhino-laryngologischen Unterrichts an der Universität Würzburg, wo im Jahre 1859 Gerhardt als Assistent der medicinischen Poliklinik den ersten Kehlkopfspiegelkurs abhielt. Die ersten bescheidenen Anfänge der unter Seifert's Leitung stehenden Universitätspoliklinik datieren aus dem Jahre 1887. Seit dem Jahre 1912 stehen der Poliklinik neue grosse Räume zur Verfügung.

FINDER.

2) **A. Broca. Angeborene Halsfistel. (Fistule congénitale pharyngo-cutanée.)** *Société de chirurgie de Paris. 29. April 1914.*

$13^1/_2$jähriger Knabe mit offener Fistel oberhalb des rechten Sterno-Claviculargelenks. Bei Radiographie nach Bismuthinjection sah man einige dunkle Züge im maxillopharyngealen Raum; es handelte sich also um eine complete Fistel, obwohl im Pharynx bei der Inspection nichts zu entdecken war. Verf. hat nach einer von ihm in vier Fällen ausprobirten Methode, die sich ihm sehr bewährt hat, operirt.

GONTIER DE LA ROCHE.

3) **A. Broca, H. Salin** und **Raoul Monod. Ein Fall von congenitaler seitlicher Halsfistel mit lymphatischer Structur.** *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. No. 1. Januar 1914.*

Wenige Centimeter über der rechten Clavicula mündende seitliche Halsfistel bei einer 21jährigen, die sich seit der Kindheit davon mehr und mehr belästigt fühlte; von Zeit zu Zeit schloss sich die Fistel, um dann wieder beträchtliche Eitermengen herauszulassen; die Kranke hatte auch das ganz deutliche Gefühl, Eiter zu schlucken. Operation und genaue histologische Untersuchung, welche die lymphoide Structur des Fistelganges erwies; entwicklungsgeschichtlich waren

diese Gebilde mit der Structur der embryonalen Rachenmandel identisch und verdankten der anormalen Persistenz des Entoderms des zweiten oder dritten Kiemenganges ihre Entstehung.

GONTIER DE LA ROCHE.

4) **Nobe** (Cuxhaven). **Zur Casuistik und Therapie der angeborenen seitlichen Halsfistel.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. H. 3 u. 4. 1914.*

Im ersten Falle, in welchem es sich um eine unvollkommene Fistel handelte, wurde durch Einspritzen von Jodtinctur völlige Heilung erzielt. Der zweite Fall, vollkommene Fistel, wurde radical operirt.

SEIFERT.

5) **O. H. Petersen. Die neueren Methoden der unblutigen Therapie der Halsdrüsentuberculose.** *Ther. d. Gegenwart. No. 41. 1914.*

Verf. berichtet über die Erfolge der Röntgentherapie und demonstrirt sie an einigen Abbildungen. Es scheint keine Lymphdrüsentuberculose zu geben, die sich der Röntgentherapie gegenüber absolut refractär verhält, jedoch ist diese kein Allheilmittel und bedarf daher der Unterstützung durch alle die Mittel, die geeignet sind, den Körper im Kampf gegen die Tuberculose zu unterstützen.

FINDER.

6) **A. D. Fordyce. Nasopharyngeal- und Cervicaldrüsentuberculose bei Kindern. (Nasopharyngeal and cervical glandular tuberculosis in children.)** *Lancet. 3. Januar 1914.*

Tuberculose des Nasenrachenraums ist bei Kindern unter einem Jahr sehr geneigt, sich auf die Tube und das Trommelfell auszubreiten. Verf. meint, dass dies besonders bei Kindern, die künstlich mit Kuhmilch ernährt sind, der Fall ist und dass inficirtes Material durch den Saugact in die Tube gelangt. Bei Kindern über 1 Jahr sind die Cervicaldrüsen häufig afficirt in Folge von Tonsillarinfection. In 20 pCt. der Fälle, wo die Tonsille auf der Seite entfernt wurde, auf der tuberculöse Halsdrüsen vorhanden waren, wurden in ihr tuberculöse Veränderungen gefunden. Die Infection nimmt ihren Ursprung im Grunde der Tonsillarkrypten und verbreitet sich von dort häufig auf das peritonsilläre Gewebe und die Drüsen. In diesen Fällen sollten die Tonsillen entfernt werden, auch wenn sie nicht vergrössert sind und Verf. hat gefunden, dass kleine Dosen Tuberculin für die Behandlung von Werth sind. Prophylaktisch soll kleinen Kindern nur sterilisirte Milch gegeben werden.

A. J. WRIGHT.

7) **Gilson. Aktinomykose des Trigonum cervicale posterius. (Actinomycose du triangle cervical postérieur.)** *Société clinique des hôpitaux de Bruxelles 14 février 1914.*

Das Interesse der Beobachtungen liegt in der Aetiologie und der Localisation. Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Infection auf dem buccalen Wege hat vor sich gehen können; die ersten Symptome waren äusserliche, die Untersuchung des Pharynx ergab nichts Besonderes; es ist möglich, dass eine minimale Verletzung der Haut, von der der Pat. nichts wusste, dem Parasiten Eingang in den Organismus verschafft hat.

PARMENTIER.

8) **Aladár Fischer. Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica.** Aus der chirurg. Abtheilung des Siegmund- und Adele Bródy-Spitals in Pest. *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1914.*

Eingehende kritische Erörterung der einschlägigen Literatur und Bericht über einen einschlägigen Fall führen Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Die Tracheostenosis thymica bildet einen Zustand, bei welchem die Trachea durch den hyperplastischen Thymus comprimirt wird und der durch paroxysmale Erstickungsanfälle den Tod verursachen kann.

2. Dieser Zustand kann durch einen operativen Eingriff behoben werden.

3. Die regelmässig auszuführende Operation ist die partielle intracapsuläre Thymektomie mit anschliessender Thyreopexie nach Rehn und Klose.

4. Die Thymusresection behebt nicht nur die Tracheostenosis thymica, sondern übt auch auf das Allgemeinbefinden des Kranken, den ganzen Status thymico-lymphaticus einen günstigen Einfluss aus.

HECHT.

9) **E. Albert-Weill. Röntgenstrahlen bei Thymushyperplasie. (Les rayons X et l'hypertrophie du thymus.)** *Paris médical. No. 24. 1914.*

Bisher sind elf Fälle von definitiver Heilung der Thymushypertrophie mittels Röntgenbestrahlung veröffentlicht worden, die Weill aufzählt. Der neunte Fall betrifft ein 6 Monate altes Kind mit schweren synkopalen Anfällen, das nach sechs Sitzungen im Laufe eines Monats geheilt worden ist. Veau, der bekannte Propagator der Thymektomie, giebt zu, dass die Röntgenbehandlung der Thymushypertrophie die einzig zuverlässige ist.

LAUTMANN.

10) **Hersing** (Kreuznach). **Eine Kinnstütze zur Verhinderung des Schnarchens.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1913.*

Stehkragenartige Halsbinde, die in ihrem Mitteltheil erhöht und an dem Mittelstück mit einem nach vorn vorspringenden 1,5 cm breiten Aufleger für das Kinn versehen ist. Die Höhe des Mittelstücks schwankt zwischen 7 und 9 cm. Die Stütze soll, nachdem man sich an sie gewöhnt hat, nicht lästig sein und das Schnarchen sicher verhindern. (? Viele Leute schnarchen auch bei geschlossenem Munde! D. Ref.) Fabrikant: H. Benkelberg, Oehrlinghausen b. Bielefeld.

ZARNIKO.

11) **E. Lautenschläger** (Frankfurt a. M.). **Eine neue Gesichtsmaske zum Schutz gegen Tröpfcheninfection für Rhino-Laryngologen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Die Maske wird gebildet durch ein das ganze Gesicht bedeckendes rechteckiges Stück Billrothbattist, welches mittels eines angenähten Bändchens um den Kopf zu befestigen ist. In diesem Billrothbattist befinden sich 2 Oeffnungen für die Augen, die nach Art einer Brille mit Glas bedeckt sind. Die beiden Brillengläser sind an völlig zerlegbaren und desinficirbaren Metallgestellen befestigt. Der schlecht gewordene Battist lässt sich stets neu ersetzen; die ganze Maske ist zusammenfaltbar und somit leicht zu transportiren.

W. SOBERNHEIM.

12) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Neuer, mehrtheiliger Instrumentensterilisator, automatisch genügende Sterilisation garantirend.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. 1913.*

Jede der Zellen, aus denen der Apparat zusammengestellt ist, kann, nachdem einmal ihr Deckel geschlossen ist, erst nach einer gewissen, durch ein Uhrwerk regulirbaren Zeit wieder geöffnet werden. Das Uhrwerk tritt erst dann in Thätigkeit, wenn die Temperatur des Wassers auf 98° gebracht ist. Alles geschieht automatisch, so dass, wenn keine Störungen eintreten, eine sichere Sterilisation gewährleistet erscheint.

ZARNIKO.

13) **H. Marschik** (Wien). **Neue Instrumente. 1. Anämisirungs- und Anästhesirungs-Spray für die oberen Luftwege. 2. Verbessertes Tonsillencompressorium.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 428. 1914.*

1. Da Adrenalin bei der Mischung mit anderen Chemikalien sich rasch zersetzt, so hat M. einen Zerstäuber hergestellt, bei dem das Adrenalin und das Cocain getrennt, jedes in einem graduirten Glasröhrchen, aufbewahrt werden. Der Zerstäubungsapparat ist so eingerichtet, dass entsprechend dem Vorschlage von Ephraim in der Zeiteinheit ungefähr dreimal so viel Adrenalin der Stammlösung 1:1000 zerstäubt wird als Cocain der 10—20proc. Lösung.

2. Modification des Compressoriums nach Mikulicz, das sich von letzterem dadurch unterscheidet, dass es jetzt kleiner und den anatomischen Verhältnissen besser angepasst ist.

Die beiden Instrumente werden abgebildet und können bei Reiner & Lieberknecht, Wien, Mariannengasse 17, bezogen werden.

OPPIKOFER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **Compaired. Ein Fall von isolirter Tuberculose der Nasenschleimhaut. (Un cas de tuberculose locale de la pituitaire.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 17. 1914. — Siglo medico. 7. Februar 1914.*

20jähriges Mädchen klagt über Kopfschmerzen, Nasenverstopfung, häufiges Nasenbluten rechts. Es bestehen in der linken Nasenhälfte normale Verhältnisse. Rechts ausgedehnte Infiltration des knorpligen und knöchernen Septums mit einigen Granulationen, die bei leichtester Berührung bluteten. Eine histologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein von nekrotischen Partien, typischen Tuberkeln, einige Riesenzellen und Zellen von epitheloidem Charakter. Keine Tuberkelbacillen. Ausrottung der Infiltration mit der Curette und dem Brenner. Keine Recidive. Keine allgemeine Infection.

LAUTMANN.

15) **Walb** (Bonn). **Ueber den Schleimhautlupus der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Nach den Ausführungen des Verf. lässt sich auch für die Nase eine gewisse Berechtigung nicht verleugnen, einzelne Formen der Tuberculose eben Tuberculose, andere Lupus zu nennen. Insbesondere sind es bekanntlich die diffusen Schwellungen und die Granulationsbildung, die man als Lupus ansieht, während

die tumorartigen Tuberculome, die Ulcerationen der ersten Kategorie zugerechnet werden.

Verf. hat die Erkrankung vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht gefunden.

Die Infection geschieht entweder durch digitale Inoculation oder durch Inhalation oder auf dem Blutwege.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. Exstirpation des Erkrankten, Einlegen von sublimatgetränkten Gazestreifen.

ZARNIKO.

16) **D. Dörner** (Budapest). **Ueber Tuberculose der Nasennebenhöhlen.** *Orvosi hetilap. No. 41. 1913.*

Tuberculose der Kieferhöhle scheint am häufigsten vorzukommen. In dem Falle des Verfassers waren sämmtliche Nebenhöhlen erkrankt.

POLYAK.

17) **Loeschcke** (Mannheim). **Sectionsmethode der Nebenhöhlen des Schädels.** *XVII. Tagung der Deutschen pathol. Gesellschaft. München. März 1914.*

Zur Eröffnung der Nebenhöhlen des Schädels dient ein Frontalsägeschnitt, der etwa 1 cm vor den Alae sphenoidales senkrecht durch den Boden der vorderen Schädelgrube geführt wird. Bei Aufklappen liegen die Nase, die Highmorshöhlen und die Siebbeinzellen frei. Die Keilbeinhöhlen werden durch einen Schlag mit breitem Meissel eröffnet, indem man den Meissel horizontal in der Sägefläche ansetzt und die Sella turcica wegschlägt. Vortheile sind die bequeme Handhabung, grosse Uebersichtlichkeit und die Möglichkeit, durch einen parallelen Sägeschnitt Schädolscheiben zu Sammlungszwecken zu entfernen. Technisch wichtig ist, dass man vorher die Haut des Gesichts vom Jochbogen vollständig abpräparirt (unter Durchschneidung des Gehörganges), da sonst Verletzungen des Gesichts unvermeidlich sind. (Autoreferat f. d. Centralbl. f. Pathologie.)

Discussion:

Fraenkel hält die Methode nicht für einen Vortheil gegenüber der Harke's.

Elz: Die Methode ist nicht neu und wird bei den Sectionskursen an der Universität in Budapest gelehrt.

FINDER.

18) **Joseph C. Beck. Histologische Pathologie der Nebenhöhlen. (Histologic pathology of the accessory sinuses.)** *Annals otology, rhinology and laryngology. December 1913.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die pathologischen Veränderungen, die sich an der mittleren Muschel und curettirten Portionen des Siebbeins in Asthmafällen und bei nichteitriger Sinusitis finden, sind sehr auffallend, insofern der Knochen eine Rareficirung zeigt, die einigermaassen der bei frühzeitigen Knochenveränderungen bei Osteomalacie, Akromegalie und Otosklerose gleicht. Dieser histologische Befund lässt an einen möglicherweise vorhandenen ätiologischen Factor bei einigen Störungen des polyglandulären Systems oder der Drüsen mit innerer Secretion denken. 2. Bei nichteitriger Sinusitis ist das in die Augen fallende Fehlen entzündlicher Elemente, wie Rundzelleninfiltration und das Vorhandensein entzündlichen Oedems oder myxomatöser Degeneration auf Kosten des Verlustes an Drüsengewebe sehr auffallend. 3. Bei eitriger Sinusitis ist das Vorherrschen der Rundzelleninfiltration mit Neigung zu Nekrose und Granulations-

bildung sehr charakteristisch. 4. Die Schleimhaut der grossen Höhlen, Kiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhle, ist bei ausgesprochen chronischen Eiterungen derart verändert, dass eine Wiederherstellung ausgeschlossen ist und wie man auch diese Höhlen drainiren oder ventiliren mag, ihre Obliteration oder Ausrottung kann nicht herbeigeführt werden, wenn nicht die ganze epitheliale Auskleidung der Höhlen zerstört wird. 5. Die pathologischen Characteristica beider Formen der Sinusitis — der eitrigen und der nichteitrigen — werden sehr häufig in demselben Falle combinirt angetroffen. 6. Die grosse Aehnlichkeit in den Veränderungen bei atrophischer Rhinitis in frühem Stadium und bei nichteitriger Sinusitis, speciell im Knochen, würde auf einen ähnlichen ätiologischen Factor in Störungen der Drüsen mit innerer Secretion schliessen lassen.

EMIL MAYER.

19) **J. Macnab. Die Behandlung der Nebenhöhleneiterung mittels Ionisation. (The treatment of nasal accessory sinus suppuration by Ionisation.)** *Journ. of laryngology. December 1913.*

Die erkrankte Höhle wird mit 1 proc. Lösung von Zinksulfat ausgespült und dann durch isolirte Canülen Elektroden eingeführt. Es werden keine detaillirten Resultate mitgetheilt, jedoch hat der Verf. die Methode für vortheilhaft befunden.

A. J. WRIGHT.

20) **John Murphy. Nebenhöhleneiterung. (Accessory nasal sinus suppuration.)** *Australian medical journ. 20. Juni 1914.*

Verf. bespricht die differentielle Diagnostik der verschiedenen Nebenhöhleneiterungen und deren Therapie.

A. J. BRADY.

21) **Seymour Oppenheimer. Nebenhöhlenerkrankungen bei Kindern. (Nasal accessory sinuses in children.)** *Medical Record. 2. Februar 1914.*

Sinusitis ist bei Kindern schwerer zu diagnosticiren als bei Erwachsenen; die Symptome sind gewöhnlich dunkel und es ist ziemlich ungewöhnlich, dass nur eine Höhle erkrankt ist. Die Anwendung des Pharyngoskops hat den Verf. eine überraschend grosse Zahl von Eiterung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle finden lassen, die durch andere Untersuchungsmethoden nicht hätten diagnosticirt werden können. In der Mehrzahl der acuten Fälle führt eine Palliativbehandlung, die auf Drainage und Herabminderung der Entzündung gerichtet ist, zum Ziel. Bei länger andauernder Erkrankung empfiehlt Verf. die Behandlung mit einer autogenen Vaccine. Bei jeder intranasalen Behandlung soll das Muschelgewebe so viel wie möglich geschont werden.

EMIL MAYER.

22) **McKenzie. Diffuse Osteomyelitis in Folge Nebenhöhleneiterung. (Diffuse osteomyelitis from nasal sinus suppuration.)** *Journ. of laryng. Januar 1914.*

Uebersicht über 48 Fälle, von denen 48 bereits früher mitgetheilt wurden und 3 hier zum ersten Mal publicirt werden; in 3 Fällen war der Ausgangspunkt in der Kieferhöhle, in allen übrigen in der Stirnhöhle. Niemals war mit Sicherheit der Ausgangspunkt in den Siebbeinzellen oder im Keilbein. Die Krankheit breitet sich immer in der Richtung der Schädelwölbung aus. Metastatische Abscesse sind selten; sie kamen nur in 5 Fällen vor. Die Complicationen waren: Subduraler Abscess in 3, Thrombophlebitis (intracranielle) in 9, Hirnabscess in

10 und Leptomeningitis in 15 Fällen. Unter 41 Fällen, von denen man die Thatsachen kannte, entwickelten sich 20 nach der Operation und 21 spontan; von letzteren heilten 7, von den postoperativen Fällen keiner.

Der Verlauf ist acut oder chronisch; er kann im letzteren Falle bis zu zwei Jahren dauern. Das klinische Bild ist das einer progressiven Infection mit unvollkommener Gewebsreaction. Ein sicheres Zeichen ist das Auftreten einer ödematösen Schwellung über dem Knochen in einiger Entfernung von dem erkrankten Sinus. Operative Details, durch welche die Gefahr einer postoperativen Osteomyelitis verringert wird, sind: Offenhalten der Wunde für ein paar Tage, sorgfältige Fortnahme aller erkrankten Zellen, Vermeidung einer Curettage des Knochens. Die einzige Möglichkeit einer Heilung beruht auf gründlicher und frühzeitiger Entfernung des erkrankten Knochens.

J. A. WRIGHT.

23) **Hinsberg** (Breslau). **Zur Osteomyelitis der Schädelknochen im Anschluss an Nebenhöhleneiterungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. S. 372. 1914.*

„Eine Rettung ist nur möglich, wenn man 1. den Process richtig diagnosticirt und 2) rücksichtslos den Schädelknochen bis weit ins Gesunde resecirt.“ Demonstration eines Falles.

ZARNIKO.

24) **Berard, Sargnon, Bessière. Oculomotoriuslähmung als Complication nach Sinusitis. (Contribution à l'étude clinique de la paralysie isolée totale ou partielle du moteur oculaire commun comme complication des otites graves et des sinusites de la face.)** *Arch. internat. de laryng. T. 36. No. 1. 1913.*

Von den 4 mitgeteilten Krankengeschichten beziehen sich nur die zwei letzten auf Sinusitis und sind auch nicht ganz eindeutig. In einem der Fälle kam es zu einer Entzündung der Siebbein- und Keilbeinhöhle nach Reizung durch Formoldämpfe. Merkwürdigerweise hat die Oculomotorinparalyse die Nebenhöhlenentzündung lange überdauert und ist übrigens im Moment der Veröffentlichung nicht ganz behoben.

LAUTMANN.

25) **Herbert Tilley. Die intranasale Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (The intranasal treatment of empyema of the frontal sinus.)** *The Journ. of laryng., rhinol. and otol. Mai 1914.*

Die intranasale Operation hat Aussicht auf Erfolg, wenn die Höhle von mässiger Grösse ist, nicht durch knöcherne Septa in fast getrennte Kammern getheilt wird und der Ductus nasofrontalis so erweitert werden kann, dass freie und dauernde Drainage gesichert ist. Fehlen diese Bedingungen, so kann die intranasale Operation zwar erhebliche Besserung bringen, die Chance einer Heilung aber bietet dann nur die Operation von aussen. Man kann eine intranasale Operation dann ins Auge fassen, wenn man die Höhle sondiren kann und wenn die Röntgenaufnahme zeigt, dass die Höhle nicht durch Scheidewände in fast abgeschlossene Kammern getheilt ist. Die Operation von aussen soll gewählt werden, wenn ein enger gewundener Ductus nasofrontalis nicht die Sondirung erlaubt, ferner wenn die Hinterwand der Höhle gerade über das Ostium der Höhle ragt, worüber eine Profilaufnahme Aufschluss giebt. In solchem Fall kann ein forcirtes Eindringen in die Höhle zu einer infectiösen Meningitis führen. Be-

sonders gefährlich für eine endonasale Operation sind diejenigen Fälle, wo das Ostium des Sinus über dem Niveau der Lamina cribriformis liegt und noch mehr, wenn ausserdem das Ostium nahe an der Sagittalebene liegt. Auch bei Bestehen einer äusseren Fistel, bej meningealen und ocularen Symptomen kommt nur die äussere Operation in Frage.

Verf. legt Wert darauf, dass die Stirnhöhle und auch die Kieferhöhle, wenn diese voll Eiter ist, vor der Operation ausgespült werden; er meint, dass man damit eine postoperative septische Infection vermeiden könne. Er operirt in Narkose. Er entfernt zunächst die mittlere Muschel, geht dann mit einem kleinen Mastoidmeissel an einer Stelle gegenüber und nach aussen von dem vorderen Ansatz der mittleren Muschel in die vorderen Siebbeinzellen ein und räumt diese aus, dann, wenn erforderlich, die hinteren Siebbeinzellen und das Keilbein. Nachdem die vorderen Siebbeinzellen einschliesslich der etwa vorhandenen Aggerzellen zerstört sind, kann nun leicht eine Sonde in die Stirnhöhle geführt werden. Um das Ostium zu erweitern, bedient sich Verf. dann noch einer eigens für diesen Zweck construirten Fraise, die so gestaltet ist, dass es fast unmöglich ist, die hintere Wand der Höhle zu verletzen, falls sie dem Ostium dicht anliegt. Die Nachbehandlung besteht darin, dass die Höhle täglich ausgespritzt wird; hört nach 8—10 Tagen die Absonderung nicht auf, so empfiehlt Verf. Austrocknen der Höhle mittels Insufflation von warmer Luft und darauf folgende Injection von Silbernitratlösung.

Die Resultate des Verf. sind besser geworden, seitdem Mosher auf die Bedeutung der „Aggerzellen“ hingewiesen hat. Zwei Jahre lang hat er keinen Fall von aussen zu operieren brauchen. In manchen Fällen wurde mittelst der intranasalen Operation eine völlige Heilung erzielt, in anderen schwanden die Kopfschmerzen und anderen subjectiven Symptome und es blieb nur eine ganz unerhebliche Absonderung.

FINDER.

26) **Watson Williams. Intranasale Operationen bei Stirnhöhleneiterung. (Intranasal operations for frontal sinus suppuration.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. Mai 1914.*

Verf. giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die verschiedenen Methoden der intranasalen Stirnhöhlenoperationen (Schäffer, Winckler, Lichwitz, Spiess, Fletcher Ingals, Segura, Halle, Vacher, Sullivan). Nach einigen anatomischen Vorbemerkungen geht Verf. dann an die Schilderung seiner Methode. Dieselbe besteht darin, dass zunächst mit einer kleinen nach oben abgebogenen Siebbeinzange am vorderen Rand der mittleren Muschel an der Stelle, wo diese an der äusseren Nasenwand anhaftet, in die vorderen Siebbeinzellen vor dem Ductus frontonasalis eingedrungen wird; dann werden alle Aggerzellen und die anderen „anti-conchalen“ Zellen — so nennt Verf. die vor der mittleren Muschel gelegenen Zellen — bis hinauf zur Crista nasalis fortgebrochen. Darauf werden die hinter oder über dem Ductus frontonasalis gelegenen Zellen mittelst der Zange entfernt. Man kann in jedem Fall die Zellen so weit nach hinten entfernen, wie es nöthig ist, von der Bulla bis zur Keilbeinhöhle, ohne vorherige Turbinektomie. Mit einer grösseren Zange werden dann

die vorspringenden dickeren Theile der Zellen fortgebrochen. Es werden nun die vom Verf. angegebenen Stirnhöhlenbougies eingeführt um die Weite des Ductus nasofrontalis auszumessen; gewöhnlich passirt ein Bougie von 6 mm Durchmesser. Wenn ein Bougie von dieser Grösse nicht eiugeführt werden kann, so wird der der Crista nasalis entsprechende Knochen mit einer dazu angegebenen Stanze fortgestanzt oder die Crista mit einer kleinen geschützten Fraise oder eines kleinen scharfen Raspatoriums reducirt. Die dann noch vorspringenden Wände von Siebbeinzellen werden fortgebrochen, um die Passage freier zu gestalten. Nun wird die Höhle ausgespült und es kann auch schliesslich das vordere Ende der mittleren Muschel entfernt werden, da, wenn es intact gelassen wird, die Möglichkeit besteht, dass der Kanal durch nachfolgende Granulationsbildung sich verengt. Verf. unterscheidet die „partielle Operation", mit der er in den meisten Fällen ausgekommen ist und bei der es sich nicht als nothwendig erwies, die Crista nasalis mit der Fraise oder Raspel zu verkleinern und die „complete intranasale Operation", bei der diese Maassnahme nothwendig war. Die complete Operation ist dann am Platz, wenn eine grosse Höhle besteht mit voraussichtlicher polypoider Degeneration der Schleimhaut, fernêr wenn die partielle Operation die Beschwerden nicht dauernd behoben hat oder wenn die einfache Entfernung der Fronto-Ethmoidalzellen einen zu engen Zugang ergiebt. Die Nachbehandlung besteht in Ausspülungen der Höhle (zuerst mit Salz- und schwachen H_2O_2-Lösungen und milden Antisepticis, später mit stärkeren Lösungen), ferner in Einführung von Bougies, so gross wie man sie bequem einführen kann. Gelegentlich wird eine kleine biegsame Curette gebraucht, um polypoide Schleimhaut zu entfernen. Von 51 so operirten Fällen starb einer 8 Tage nach der Operation an allgemeiner Sepsis (grosse Phlegmone am Bein, keine Meningitis, der Stirnknochen war völlig normal, so dass der Exitus der Operation nicht zur Last gelegt werden kann); in einer grossen Zahl wurde völlige Heilung erzielt, in anderen eine so erhebliche Besserung, dass von jeder äusseren Operation abgesehen werden konnte.

FINDER.

27) **P. Watson Williams. Cerebrospinal-Rhinorrhoe mit nachfolgender Ethmoiditis und Stirnhöhleneiterung. (Cerebro-spinal rhinorrhoea with subsequent ethmoiditis and frontal sinus suppuration.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. December 1913.*

22jähriger Mann, leidet seit 4 Monaten an Doppelsehen, seit ca. 2 Jahren besteht eine Schwellung im rechten inneren Augenwinkel; Kopfschmerzen besonders in den letzten zwei Wochen. Beide Nasenlöcher vollkommen durch Polypen verstopft, kein Eiter sichtbar. Das rechte Auge nach innen und aussen dislocirt, ausgesprochener Exophthalmus. Die Schwellung im Augenwinkel war weich und fluctuirend. Am Tage der Aufnahme in die Klinik war ungefähr $1^1/_2$ Stunden lang ein reichlicher klarer wässeriger Ausfluss aus der Nase vorhanden und die Schwellung verschwand beinahe. Pat. gab an, dass dies bereits öfter der Fall war. Am nächsten Tage war die Schwellung und Dislocation des Auges wieder vorhanden. Es wurde die Diagnose auf eine Mucocele des Siebbeins gestellt, die sich in Intervallen füllte und deren äussere knöcherne Wandung resorbirt war. Für Stirnhöhlenempyem fehlten alle Zeichen.

Operation: Zuerst Probepunction beider Kieferhöhlen, die Eiter ergab; Entfernung der Polypen, Operation beider Kieferhöhlen. Sobald die Polypen am rechten mittleren Nasengang entfernt wurden, collabirte die Schwellung am Auge. Als die Incision zur Eröffnung des Siebbeins nach aussen gemacht war, fand sich eine Fistelöffnung nahe dem Boden der Stirnhöhle. Die rechte Stirnhöhle communicirte mit der linken durch das Septum. Durch eine Killian'sche Operation rechterseits wurden beide Stirnhöhlen in eine Höhle verwandelt. Es fand sich, dass infolge einer Dehiscenz oder Knochenresorption die Dura an einer Stelle der inneren Orbitalwand frei lag. Drei Tage nach der Operation Exitus. Es fand sich als Todesursache eine acute Meningitis und zwar war die Infection augenscheinlich erfolgt durch eine ganz kleine anatomische Communication nahe dem Rand der bei der Operation freiliegenden Durapartie. Verf. nimmt an, dass Pat. an einer Cerebrospinal-Rhinorrhoe litt, dass dann sich ein Empyem der Kiefer- und Stirnhöhlen entwickelte mit Polypenbildung, dass durch die Polypen der Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit verlegt wurde und dadurch die Schwellung im Augenwinkel entstand.

A. J. WRIGHT.

28) **F. Dufau. Mucocele der Stirnhöhle. (De la mucocèle du sinus frontal.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 7 u. 8. 1914.*

Beschreibung des allgemeinen Charakters dieser Erkrankung. Zusammenstellung von 13 in der Literatur gefundenen Krankengeschichten ohne Mittheilung eines neuen persönlichen Falles.

LAUTMANN.

29) **J. Pick** (Charlottenburg). **Zur Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1913.*

Ein durch Athmen in verdünnte, mit Adrenalinnebeln geschwängerte Luft geheilter Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung.

ZARNIKO.

c) Mundrachenhöhle.

30) **E. W. de Flines. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Lage des Sinus transversus und der Form der Nasenrachenhöhle?** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 2505. 1914.*

Nach Henkes' Untersuchungen (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1912) sollte dieser Zusammenhang bestehen: bei sehr hohem und wenig tiefem Cavum nasopharyngeum ist der Sinus transversus vorgelagert, bei niederem und tiefem Cavum liegt der Sinus weiter zurück; ferner sollte bei asymmetrischem Schädel die Choanalöffnung höher sein an jener Seite, an welcher der Sinus weiter nach vorne liegt. Henkes will sogar nach diesen „Gesetzen" sich richten bei der Indication zur Mastoid-Eröffnung.

De Flines untersuchte 200 Schädel und kommt zum Schluss, dass eine Gesetzmässigkeit zwischen Form des Cavum und Lage des Sinus nicht besteht. Die ausführliche Mittheilung der Untersuchungen, in Curven dargestellt, ist nicht zum Referat geeignet.

VAN GILSE.

31) **Barajas** (Madrid). **Recidivirende Tuberculose des Pharynx. (Tuberculosis faringea recidivante.)** *Bolet. de laringologia, otologia y rinologia. Sept. 1913.*

27jährige Frau mit Tuberculose des Pharynx; Larynx und Lungen während eines Jahres sehr gebessert, plötzlicher Exitus im Verlauf eines stürmisch verlaufenden Recidivs ihrer Krankheit. Als das Auffallende an seinem Fall bezeichnet Verf. die Polymorphie der Läsionen und die anfängliche Besserung, trotzdem die Affection das Bild der acuten Miliartuberculose darbot. GARCIA VICENTE.

32) **E. Tryjarski. Ein Fall von Tuberculosis pharyngis bei einem 5jährigen Mädchen. (Przypadek gruzliczy gardzieli u 5 letniej dziewczynki.)** *Gaz. lek. No. 22. 1914.*

Eine Beschreibung und Abbildung von sehr ausgebreiteten tuberculösen Pharyngoprocessen, theilweise im Verlaufe einer miliaren Tuberculose bei einem 5jährigen Mädchen. Im Belage der Geschwüre wurden tuberculöse Bacillen nachgewiesen. v. SOKOLOWSKI.

33) **F. Schütz** und **Frau L. Schütz** (Königsberg i. Pr.). **Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen auf den Tonsillen Typhuskranker.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. 1913.*

Bei 71 Untersuchungen an 37 Patienten konnten die Verff. niemals Typhusbacillen auf den Tonsillen nachweisen. Sie meinen, dass Typhusbacillen im Munde nur dann vorkommen, wenn Ulcerationen vorhanden sind. ZARNIKO.

34) **Levinger** (München). **Behandlung und Prophylaxe des Peritonsillarabscesses.** *Münchener med. Wochenschr. No. 23. 1914.*

Unter Hinweis auf das Unzweckmässige der noch vielfach geübten Incision des vorderen Gaumenbogens macht Verf. darauf aufmerksam, dass auch die einfache Eröffnung des Abscesses von der Fossa supratonsillaris aus unchirurgisch sei, da kein genügender Abfluss für den Eiter geschaffen werde. Auch das Menzel'sche Verfahren (Drainage des Abscesses mittels Hartgummi- oder Metalldrains) ist unzweckmässig und nicht immer durchführbar. Autor empfiehlt daher „den Abscess dadurch breit zu eröffnen, dass man den oberen Pol der Tonsille völlig herauspräparirt und mit der Kapsel exstirpirt". Dadurch wird nicht nur „ein weitklaffender Hohlraum, der jegliche Drainage überflüssig macht", geschaffen, sondern zugleich die Gefahr künftiger Recidive, die ja in über 90 pCt. aller Fälle von dieser Gegend aus ihren Ausgang nehmen, beseitigt. Autor geht in der Weise vor, dass er, womöglich nach Infiltrationsanästhesie des vorderen Gaumenbogens die Plica triangularis dem vorderen Gaumenbogen entlang bis zum hinteren Gaumenbogen hinauf incidirt, die Tonsillenpartie mit Kapsel mittels Elevatoriums heraushebelt unter Ablösung von ihrer lateralen Wand und vom hinteren Gaumenbogen. Das mit einer Haltezange gefasste Stück wird nun medialwärts herausgezogen und mit einer Scheere, deren eine Branche lateral, deren andere medial vom oberen Mandelpol liegt, mit einem Scheerenschnitt abgeschnitten. Die bereits früher von anderer Seite geäusserten Bedenken gegen ein derartiges Verfahren, dass es die Gefahr der Verschleppung des Eiters durch die vielen dabei eröffneten Blut- und Lymphbahnen mit sich bringe, sucht Autor durch anatomische und

pathologische Betrachtungen zu entkräften. Die totale extracapsuläre Tonsillektomie will indess Autor nur für Ausnahmefälle bei bestehender Peritonsillitis, die er auch beschreibt, reservirt wissen.

HECHT.

35) **Proskauer** (Berlin). **Zur Pathologie des peritonsillären Abscesses.** *Med. Klinik. No. 34. 1914.*

Bei einem 21jährigen Manne entwickelte sich eine pyämische Allgemeininfektion des Körpers nach peritonsillärem Abscess. Die Bahn der Infection liess sich einerseits durch die Jugularis deutlich verfolgen, sie führte auf diesem Wege zu schweren Lungenabscessen, auf der anderen Seite wurde ausserdem durch den Plexus pterygoideus und das Emissarium des Foramen orale retrograd die Dura und die Leptomeninx des linken Schläfenlappens inficirt.

SEIFERT.

36) **M. Hajek** (Wien). **Ueber eine Indication zur Tonsillektomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1914.* Discussionsbemerkung in der Sitzung v. 24. April 1914 der k. k. Ges. der Aerzte in Wien.

Verf. verlangt zur Entscheidung der Frage, ob die Tonsillen die Ursache für die verschiedenen Läsionen sind oder nicht, die eingehendste Prüfung aller obwaltenden Verhältnisse und erst deren Zusammenfassung ist maassgebend. (Pollitzer führte aus, dass für eine grosse Gruppe von benignen Albuminurien die Insufficienz des lymphatischen Apparates ursächlich in Betracht kommt.)

HANSZEL.

37) **J. L. Goodale. Indicationen für den relativen Werth von Tonsillotomie und Tonsillektomie. (Indications for the relative values of tonsillotomy and tonsillectomy.)** *Boston medical and surgical journal. 2. October 1913.*

Verf. weist nach, dass die complete Entfernung der Tonsillen von keinerlei Schädigungen für den Gesammtorganismus gefolgt ist. Von den beiden Operationen hat die Tonsillektomie einen grösseren Procentsatz an septischen Complicationen. Wenn auch Deformationen in der Umgebung bei Tonsillotomie nicht sehr häufig sind, so entsteht doch oft ein Narbenverschluss der Lakunen, der eine Verstärkung der chronischen Entzündungserscheinungen zur Folge hat. Bei einfacher Hyperplasie, besonders im Kindesalter, genügt die Tonsillotomie; dagegen können die schädlichen Einflüsse einer chronischen Tonsillitis auf den Organismus durch eine Tonsillotomie eher vermehrt werden und ist hier eine Tonsillektomie vorzuziehen. Infection des Rachens durch virulente Mikroorganismen braucht durch die Entfernung der Tonsillen nicht verhindert zu werden. Recidivirende locale Infectionen oder allgemeine Infectionen, die ihren Ursprung in den Tonsillen haben, erfordern die Tonsillektomie, sobald der für die Operation günstige Moment gekommen ist. Recidivirende acute katarrhalische Halsinfectionen erfordern vollständige Entfernung der Tonsillen, falls diese chronische Entzündung zeigen, obwohl eine Immunität gegen weitere Attacken dadurch nicht nothwendig gesichert ist. Locale Tuberkulose der Tonsille erfordert vollständige Entfernung des Organs. Bei kleinen Kindern mit adenoiden Vegetationen sollen die Tonsillen nur dann excidirt werden, wenn sie nachweisbar Schädigungen veranlassen oder das Auftreten von acuten Mittelohraffectionen veranlassen. Bei Anfängern in der

Gesangskunst kann, wenn es aus localen oder allgemeinen Indicationen erforderlich ist, ohne zu grosse Aengstlichkeit an den Tonsillen operirt werden, bei ausgebildeten Sängern soll man sich mehr conservativ verhalten. EMIL MAYER.

38) **Gottfried Trautmann** (München). **Plastische Variation bei der extracapsulären Totalexstirpation der Tonsille.** Vorläufige Mittheilung. *Münchener med. Wochenschr. No. 52. 1913.*

Für Fälle, bei denen ungünstige anatomische Verhältnisse bestehen, empfiehlt Verf. zur Vermeidung „starrer Verwachsungen beider Gaumenbogen, Zug des weichen Gaumens nach hinten, unten oder aussen, Fixation des Zungengrundes usw.“ folgende plastische Variation der Operation: „Nach dem bogenförmigen Schnitt durch das Präputium (Plica triangularis His) — cf. Zeichnung 3 S. 2225 der Münchener med. Wochenschr. — präparirt man dieses als Lappen bis zu seiner Insertion an der Zunge von der Tonsille ab und legt es nach extracapsulärer Tonsillektomie in die leere Tonsillenbucht ein. Der tamponirte oder angenähte Lappen heilt gut ein und verhindert durch Schaffung eines mit Schleimhaut bedeckten Raumes ein Zusammenwachsen des vorderen und hinteren Gaumenbogens.“ HECHT.

39) **Fritz Hutter** (Wien). **Zur Technik der Tonsillektomie nebst Bemerkungen über die feinere Anatomie der Regio tonsillaris.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1914.*

Verf. warnt vor der „scharfen“ Enucleation und räth zur präparatorischen Ausschälung mit stumpfen Instrumenten, wobei besonderes Augenmerk zu richten ist, in welcher Ausdehnung die Tonsille mit ihrem oberen Pol hinter dem weichen Gaumen hinaufreicht und ferner wie weit sie von der Plica triangularis überzogen ist, was sehr variabel ist. Die Operation solle in der Fossa supratonsillaris beginnen und dann zunächst am hinteren Umfang fortgesetzt werden. Besprechung einiger mikroskopischer Präparate, welche das Verhalten des oberen Poles und der beiden Gaumenbogen zur Tonsille darstellen. HANSZEL.

40) **C. Canestro. Die Blutstillung nach Mandeloperationen. (L'hémostase dans les opérations sur les amygdales.)** *Arch. internat. de laryng. T. 37. No. 1. 1914.*

Es wird die vom Autor modificirte hämostatische Pincette von Blunk empfohlen, die sich dem Autor in einem Falle von Mandelblutung nach Enucleation bewährt hat. LAUTMANN.

41) **Gerhard H. Cocks. Die Resultate der Tonsillenoperationen an den Kindern der öffentlichen Schulen in der Stadt New York. (The results of tonsil operations on public school children in New York City.)** *New York med. journ. 17. Januar 1914.*

1. Unter 107 untersuchten Kindern waren 18 (ca. 16 pCt.), bei denen keine Operation gemacht worden war.

2. Unter den 89 operirten Fällen befanden sich 9 (annähernd 10 pCt.), bei denen Verstümmelungen der den Tonsillen angrenzenden Weichtheile entstanden waren.

3. Unter 21 ohne Allgemeinnarkose operirten Fällen waren 19 (über 90 pCt.) schlecht gemacht.

4. Unter 52 mit Allgemeinnarkose operirten Fällen waren 12 (25 pCt.) unzulänglich operirt.

5. Summiren wir die Zahl derjenigen Fälle, die Verstümmelungen erhielten, mit den unzulänglich operirten Fällen, so ist die Gesamtzahl 26,9 pCt. Dazu kommt, dass bei 31 Kindern noch weiter Eingriffe in der Nase gemacht werden mussten. Aus all dem ergiebt sich, dass die bisherige Behandlungsmethode verbesserungsbedürftig ist.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

42) **Delyannis** (Serajewo-Graz). **Zur Frage der rationellen Erweiterung unserer heutigen Diphtheriebekämpfung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1913.*

Die Parole muss lauten: Anzeigepflicht bei Diphtherie und Diphtherieverdacht, Krankenisolirung, womöglich Abgabe in eine Anstalt, bakteriologische Sicherung der klinischen Diagnose, Untersuchung der Umgebung auf Bacillenträger, Kasernierung dieser wie der Dauerausscheider, Wohnungsdesinfection.

HANSZEL.

43) **Markl** und **F. Pollak** (Triest). **Kritisch experimenteller Beitrag zur Differenzialdiagnose der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen, nebst Beobachtungen über das Vorkommen derselben im Rachen Gesunder.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1913.*

In fast 4 pCt. der untersuchten gesunden Personen, bei denen keine Berührung mit Diphtheriekranken nachweisbar war, wurden hochvirulente Diphtheriebacillen nachgewiesen. In mehreren Fällen wurden echte Pseudodiphtheriebacillen bezw. avirulente Diphtheriebazillen und in einem noch grösseren Prozentsatz auch ein dem Hofmann'schen Pseudodiphtheriebacillus ähnliches kurzes Stäbchen isolirt.

HANSZEL.

44) **L. L. Ten Broeck. Zerstörung von Diphtheriebacillen durch einen Thallophytenpilz Achyla muscaris. (Exstirpation of bacillus diphtheriae by means of a Thallophytic Fungus, Achyla muscaris.)** *Medical Record. 10. Jan. 1914.*

Verf. kommt auf Grund von klinischen und experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Der Achylus muscaris besitzt die Fähigkeit, den Bacillus diphtheriae in der Cultur und im Pharynx zu zerstören. 2. Er hat die Fähigkeit, das Wachstum einer Anzahl von pathogenen Halsmikroorganismen zu verhindern und scheint membranöse Anginen verschiedenen Ursprungs günstig zu beeinflussen. 3. Die klinische Anwendung scheint gefahrlos zu sein, jedoch empfiehlt sich zur Entfernung des Pilzes eine Nachbehandlung mit milden Antisepticis. 4. Die Behandlung ist in allen Stadien der Erkrankung anwendbar, scheint aber die besten Resultate in Frühfällen zu geben. 5. Es ist Grund zu der Annahme vorhanden, dass ein Pharynx, in dem dieser Pilz wächst, bald keine Ansteckungsgefahr mehr bietet, selbst wenn er noch Diphtheriebacillen beherbergt.

EMIL MAYER.



45) **S. Abel** (Bergen). **Jodbehandlung des Rachens zur Beseitigung der Diphtheriebacillen.** *Ther. d. Gegenw. December 1913.*

Verf. benutzt das Jod in statu nascendi, aber in Dampfform. Das Jod wirkt sowohl keimtödtend, als auch bewirkt es eine starke seröse Exsudation mit einer Massenauswanderung von Leukocyten sowohl in der Mucosa wie in der Submucosa. Das Jod verschafft sich Verf. durch Erhitzen von Jodoform und zwar hat er dazu einen besonderen einfachen Apparat construirt. Verf. hat im Ganzen 89 Patienten mit Joddampf behandelt, die sämtlich ihre Diphtheriebacillen länger als 3 Wochen beherbergt hatten. Von diesen sind 42 (47 pCt.) nach dreitägiger Behandlung bacillenfrei geworden, 28 (31,5 pCt.) nach 2 und 17 (20 pCt.) nach 3 Touren, d. h. nach 6 resp. 9 Tagen. Bei 2 Patienten war kein Erfolg.

FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

46) **R. Béal. Stridor bei einem Erwachsenen in Folge Umkippens der Aryknorpel. (Stridor laryngé chez un adulte par bascule des arytenoides.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngol. T. 17. No. 2. 1914.*

21jährige Patientin ohne sonstige Störungen klagt über lautes stridoröses Geräusch bei tiefer Athmung. Patientin ist Mundathmerin, zeigt aber sonst keine besonderen Anomalien, ausgenommen eine starke Schwellung der beiden unteren Muscheln. Bei tiefer Inspiration werden die beiden Aryknorpel in das Larynxinnere gesogen, wodurch der Stridor zu Stande kommt. Offenbar besteht eine Laxität im Arygelenk. Nach Cauterisation der Muscheln stellte sich die Nasenathmung ein und verschwand der Stridor.

LAUTMANN.

47) **Sargnon** und **Toubert. Die chirurgische Behandlung der mit stridorösem Athmen einhergehenden Larynxstenosen. (Traitement chirurgical des sténoses fonctionnelles du larynx avec cornage.)** *Annales des maladies du larynx. No. 2. 1914.*

Für die Behandlung der Larynxstenose, wie man sie namentlich nach Arthritis der Aryknorpel mit Medianstellung der beiden Stimmbänder sieht, giebt es jetzt schon eine Reihe von Behandlungsarten, die die Autoren aufzählen. An deren Stelle proponiren sie eine ziemlich schwere Operation, die sich als Combinationsmethode der submucösen Ausschälung der Aryknorpel nach Iwanoff mit der von den Veterinären geübten Methode darstellt. Beendet wird die Operation durch Anlegung einer Laryngostomie. Die Technik der Operation wird genau beschrieben und im Anschluss ein Fall mitgetheilt, der von den Autoren, wie es scheint, mit gutem Resultat operirt worden ist, nicht nur was die Athmung, sondern auch was die Stimme anlangt. Allerdings war zur Zeit der Veröffentlichung die Stomiewunde noch offen gelassen. Die schwierige Technik der Operation muss im Original nachgelesen werden, woselbst sich auch die Uebersetzung eines von Iwanoff mit einseitiger Arytänoidektomie behandelten Falles findet.

LAUTMANN.

48) **Charles A. Leavy. Chronische Stenose des Larynx und der Trachea. Bericht über einen Fall. (Chronic stenosis of the larynx and trachea. Report of case.)** *The Laryngoscope. August 1913.*

Laryngostomie. Die Stenose wurde bedingt durch eine ausgedehnte Narbenmasse gerade unterhalb der Stimmbänder, die sich längs der Hinterwand nach unten über den Ringknorpel erstreckte. In der Hinterwand wurde durch das Narbengewebe bis hinab zum Ringknorpel in der Mittellinie incidirt und dann die Schleimhaut beiderseits mit der Haut vernäht. Es wurde dann ein weicher Gummikatheter (französisch No. 22) eingelegt, dessen unteres Ende auf der Tracheotomiecanüle ruhte; seine Enden wurden platt gemacht, indem sie über einer Spirituslampe abgebrannt wurden. In das obere Ende der Tube wurde ein Gazebausch eingenäht. Diese Tube soll bis über die Stimmbänder gehen und so hoch, dass der Schluss der Epiglottis nicht behindert ist. 4 Monate nach der Operation wurde das Drain soweit abgeschnitten, dass sein oberes Ende etwas unterhalb der Stimmbänder lag. Das untere Ende ruhte auf der Tracheotomiecanüle und war an ihr durch Seide befestigt; dies geschah, um jeden unnöthigen Druck auf die Stimmbänder zu vermeiden. Der Gesundheitszustand des Patienten ist zur Zeit ausgezeichnet, er athmet normal und spricht mit tiefer, aber kräftiger Stimme.

EMIL MAYER.

49) **Blanc** und **Jarsaillon. Fünf Fälle von Laryngostomie. (Cinq cas de laryngostomie.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 2. 1914.*

Die vier ersten Fälle der Autoren sind klassische Fälle von laryngealer, namentlich subglottischer Stenose in Folge von Intubation und Tracheotomie, die in überraschend kurzer Zeit, im Verlaufe von 3 Monaten, der Heilung zugeführt worden sind. Es handelte sich, wie gewöhnlich, in den 4 Fällen um Kinder. Im 5. Falle war die Sachlage äusserst schwer. Bei dem 8jährigen Kinde war der ganze Larynx zu einem fibrösen Klumpen ohne jedes Detail verwandelt. Dazu kam, dass in Folge vorhergehender, jahrelang zurückreichender Dilatationsversuche eine Pharynxhernie sich in den Larynx eingestülpt hatte. Die Autoren hatten die grösste Mühe, sich im Larynx zurechtzufinden und die Dilatation nach Anlegung der Stomie durchzuführen. Schliesslich misslang nach jahrelanger Bemühung der Versuch insofern, als die nunmehr 8jährige Patientin überhaupt kein festes Larynxgerüst hat und nur den Tubus sozusagen als Larynxstütze braucht.

LAUTMANN.

50) **Sargnon** (Lyon), **Totale Laryngostomie; Crico-tracheostomie; segmentäre Resection von Trachea und Ringknorpel. (Laryngostomie totale; cricotracheotomie; résection segmentaire trachéo-cricoidienne.)** *Lyon médical. 19. April 1914.*

Ein weiterer Beitrag zu den Publicationen des Verf.'s über dieses Thema. Er theilt 3 neue Fälle von Behandlung der Narbenstenose nach seiner Methode mit. Im ersten handelte es sich um die gewöhnliche Methode der totalen Laryngostomie, das Athmungsresultat war vorzüglich, die Stimme mässig. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Tracheo-Cricostomie: Heilung nach 98 resp. 60 Tagen — letzteres bisher das Minimum an Heilungsdauer —; Resultat in Bezug

auf Athmung und Stimme vorzüglich, derart, dass Pat. nach 14 Tagen singen kann. Verf. meint, dass die Tracheo-Cricostomie natürlich nur bei den Fällen, in denen in der Ringknorpelgegend die Stenose ihren Sitz hat, die Operation der Wahl darstellt. Die Infection auf dem Mundwege ist dabei weniger zu fürchten, es besteht keine Fieberreaction, die Granulationsbildung ist geringer, die Epidermisirung geht schneller vor sich. Die Dauer der Nachbehandlung mit Dilatation ist erheblich herabgesetzt. Schliesslich erfolgt die Wiederkehr der Stimme früher und sicherer. Die Resection des Ringknorpels hält Verf. für eine gute Operation; sie kann aber — wie er es gethan hat — auf eine segmentäre Resection beschränkt und mit der vorher beschriebenen Methode combinirt werden.

GONTIER DE LA ROCHE.

51) **Joh. v. Bókay** (Budapest). **Ueber die locale Behandlung der während der Intubation im Kehlkopf entstehenden Decubitalgeschwüre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1913.*

Nach seinen an 2000 Fällen von Intubation gesammelten Erfahrungen empfiehlt Verf. die primäre Intubation nur dann zu unterlassen, wenn 1. neben der Larynxstenose auch eine starke Pharynxstenose vorhanden ist und 2. bei starker ödematöser Verschwellung des Kehlkopfeingangs. Die secundäre Tracheotomie soll nur dann ausgeführt werden, wenn die endgültige Detubation trotz systematischer Anwendung der mit Alumen imprägnirten mit Gelatine überzogenen Bronzeheiltube nicht durchführbar ist. Statistik und nähere Angaben über die Technik der fraglichen Encheiresen.

ZARNIKO.

52) **A. Denker** (Halle a. S.). **Zur Technik und Verwendbarkeit der Intercricothyreotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1913.*

Verf. hat die „Laryngotomie cricothyréoidienne“ Botey's vervollkommnet und dem Praktiker ein zweckmässiges für alle Fälle ausreichendes Instrumentarium in die Hand gegeben. Die Operation besteht darin, dass mit einem eigens dazu construirten Messer Haut und Lig. conicum dicht über dem oberen Ringknorpelrande quer durchstossen werden, wonach schnell eine passende Canüle unter Leitung eines sogleich zu entfernenden Mandrins eingeführt wird. — Die Operation soll Tracheotomie und Intubation keineswegs verdrängen. Sie soll vielmehr nur in Fällen dringendster Erstickungsgefahr, wo rasches Handeln noth thut, die augenblickliche Lebensgefahr abwenden, damit man später in aller Ruhe tracheotomiren oder intubiren könne. Ueber noch andere allenfalls zu discutirende Indicationen vgl. das Original.

ZARNIKO.

53) **R. Botey. Die Laryngectomie bei Larynxkrebs. (La laryngectomie dans le cancer du larynx.)** *Arch. internat. de laryng. T. 37. No. 1. 1914.*

Ein akademischer Vortrag für Nichtspecialisten bestimmt, in der Botey eine historische Entwicklung der Chirurgie des Kehlkopfkrebses giebt, die heute in der Technik von Gluck ihre höchste Stufe erreicht hat. Er wiederholt, was er schon wiederholt veröffentlicht hat, dass er ein enthusiastischer Anhänger der Gluckschen Methode geworden ist. Hieraus giebt er eine Statistik aller Kehlkopfkrebse, die in Spanien operirt worden sind. Es sind deren 168 mit 28 (16 pCt.) Ope-

rationstodesfällen, 84 (50pCt.) Recidiven, 31 (20pCt.) Heilungen und 26 (14pCt.) unbekannten Ausgängen. Zum Schluss giebt Botey in grossen Zügen die Beschreibung seines künstlichen Kehlkopfes, mit dem einer seiner Patienten in zufriedenstellender Weise sprechen und vorlesen konnte. Die grösste Gefahr bei der Operation ist der Shock.

LAUTMANN.

54) R. Botey. **Ueber die Methode von Gluck und die locale Anästhesie bei der Totalexstirpation des Kehlkopfs. (De la méthode de Gluck et de l'anesthésie locale dans l'extirpation totale du larynx.)** *Arch. internat. de laryng. T. 37. No. 2. 1914.*

Die Gluck'sche Methode hat vor der von Perier den Vortheil, dass die pulmonalen Complicationen mit ihr seltener sind, die Larynxfistel besser heilt, es seltener zu Mediastinitis kommt. Die Entfernung der Halsmuskeln gestattet eine bessere Wundversorgung. Die Ausräumung der Drüsen ist eine Grundbedingung des recidivlosen Ausheilens. Man soll sich hierbei nicht scheuen, wenn nötig die Jugularis interna zu unterbinden. Die Operation soll unter localer Anästhesie ausgeführt werden. Auf diese Empfehlung ist Verf. schon oft zu sprechen gekommen.

LAUTMANN.

55) R. Botey. **Einige Betrachtungen über Thyreotomie. (Quelques réflexions sur la thyréotomie.)** *Arch. internat. de laryng. T. 36. No. 2. 1913.*

Mittheilung von drei Fällen, die die allmähliche Verbesserung der Technik des Verf. zeigen. Verf. empfiehlt die Einlage einer kleinen Canüle (Botey'sche Canüle) durch das Lig. crico-thyreoid. unmittelbar nach der Thyreotomie. Er lässt sie sieben Tage liegen, um die Asphyxie zu verhindern und um eine bessere Verwachsung der Schildknorpelplatten zu erzielen. Was die Indicationen zur Thyreotomie bei Krebs anlangt, so räth Verf. zur grössten Vorsicht. Gegenwärtig beobachtet er einen von Semon thyreotomirten Patienten, bei dem Verf. wegen localen Recidivs eine Totalexstirpation des Kehlkopfs vornehmen muss. Nach Thyreotomie führt Verf. eine Nasensonde zur Ernährung des Patienten ein.

LAUTMANN.

56) Botey. **Betrachtungen über die Thyreotomie bei Kehlkopfkrebs. (Consideraciones sobre la tirotomia en el cancer laringeo.)** *Arch. de rinol. März 1914.*

Verf. berichtet über 4 Fälle. Im ersten hat er eine lange Incision gemacht, die vom Zungenbein bis ins Jugulum reichte und der Kranke starb am 20. Tage nach der Operation an Bronchitis. In den drei folgenden Fällen machte er eine kleinere Incision; die Operation hatte bei ihnen Erfolg. Er hat keine vorhergehende Tracheotomie gemacht, er hat nur eine Canüle im oberen Wundabschnitt 4—6 Tage nach der Operation gelassen. Er empfiehlt tiefe Naht des Schilddrüsenknorpels und während der ersten Tage Ernährung mit der Schlundsonde. Die Operation wird in Localanästhesie gemacht.

GARCIA VICENTE.

57) R. Botey. **Totale Laryngectomie mit partieller Exstirpation des Pharynx und der Trachea, Sprache mit dem künstlichen Kehlkopf des Verfassers. (Laringectomia total con estirpazion partial de faringe y traquea seguida de palabra clara á beneficio del apparato fonatorio del autor.)** *Revista medica de Sevilla. Januar 1914.*

36jähriger Mann mit Carcinom, das den ganzen Larynx, die beiden ersten

Trachealringe, die ganze Arygegend bis zur Zungenbasis und die ganze vordere Pharynxwand erreicht. Operation nach Gluck in Localanästhesie; es werden alle erkrankten Partieen exstirpirt; da fast die ganze vordere Pharynxwand resecirt wurde, so gestaltete sich die Naht sehr schwierig. Der Wundverlauf war günstig; nur war sehr reichliche Eiterung vorhanden. Verf. stellt Betrachtungen an über das Gluck'sche Verfahren; er empfiehlt, wenn man den Pharynx nicht gut nähen kann, ihn direct an die Haut zu nähen, indem man eine Art Fistel bildet, die man nachher mittels Plastik schliesst. Pat. spricht sehr gut mit dem Botey'schen Apparat.

GARCIA VICENTE.

58) R. Botey. **Zwei Fälle von Totalexstirpation des Larynx. (Dos casos de extirpacion total de la laringe.)** *Revista de medicina y cirurgia práticas. 28. Januar 1914.*

Fall I ist bereits publicirt und im „Centralblatt" referirt.

Fall II: 51jähriger Mann mit Epitheliom der rechten Kehlkopfhälfte mit Beteiligung der beiden Aryknorpel und keine Drüsen. Operation nach Gluck in Localanästhesie. Das Tapia'sche Verfahren der Cocainisirung des N. laryngeus superior genügte nicht, um eine vollkommene Anästhesie des Larynxinnern herbeizuführen, es mussten Pinselungen gemacht werden. Ungestörter Wundverlauf. Heilung.

GARCIA VICENTE.

59) Botey. **Die Sprache nach Totalexstirpation des Kehlkopfs. (De la fonacion despues do la estirpacion total de la laringe.)** *Archivos de laringologia. März 1914.*

Es giebt zwei Systeme von Apparaten, solche mit künstlichem Anhauch, solche mit Lungenanhauch. Die letzteren sind die besten. Verf. hat einen Apparat construirt, er besteht aus einer Trachealcanüle mit einer seitlichen Tube, die sich in eine solche aus Gummi fortsetzt, inmitten deren sich eine vibrirende Zunge befindet und deren Ende bis in die hintere Partie der Mundhöhle reicht. Das phonatorische Resultat mit diesem Apparat ist sehr gut.

GARCIA VICENTE.

60) Ledoux. **Fall von secundärem Carcinom des Larynx. (Un cas de cancer secondaire du larynx.)** *Annales de la policlinique centrale. Februar 1914.*

66jähriger Mann, im Jahre 1909 an einem Carcinom des linken Zungenrandes operirt, dann fulgurirt. Zur Zeit besteht Infiltration der linken Kehlkopfhälfte mit Ulceration der Hinterfläche des linken Aryknorpels; das linke Stimmband erscheint normal unterhalb des geschwollenen linken Taschenbandes; Beweglichkeit erhalten.

Es fragt sich, ob es sich um eine Metastase der primären, augenscheinlich geheilten Geschwulst handelt oder um eine neue Localisation der Erkrankung.

PARMENTIER.

61) Y. Nakata (Tokyo). **Befunde bei einem Fall von Kehlkopfverletzung wegen Selbstmordes.** *Ikai-Jiho. No. 907. Januar 1913.*

Beschreibung eines Falls bei einem 49jährigen Manne.

KUBO.

e II) Stimme und Sprache.

62) **Fröschels** (Wien). **Hygiene der Stimme und Sprache.** *Med. Klinik. No. 30. 1914.*

In einigen kurzen Abschnitten wird das Wichtigste auseinandergesetzt, was für die Hygiene der Stimme und Sprache gethan werden kann. Vor allem bedarf es für eine hygienische Entwicklung der Stimme einer Schulung der Athmung. Besondere Berücksichtigung verlangt die Mutationsperiode, während welcher intensives Singen unbedingt schädlich ist, während völliges Aussetzen nicht erforderlich erscheint.

SEIFERT.

63) **Gertrud Heinrich. Ueber Stimmbildung.** *Stimme VII. S. 11. October 1912.*

Verf. betont den Werth des genauen Vordenkens des Tones neben feinstem Fühlen (gemeint ist Wahrnehmen taktiler Empfindungen) und bewussten Hörens (also acustischer Controle) beim Singen, warnt aber mit Recht davor, die Aufmerksamkeit der Schüler auf Kehlkopfbewegungen zu lenken. Tiefe Einathmung und langsame Ausathmung soll allmählich gelernt, nicht gleich anfangs erzwungen werden, auch die Articulation muss im Laufe der Uebungen verdeutlicht werden. Zu scharfe Aussprache, zu viel Athemanstrengung, zu viel Aufmerksamkeit auf Kehlkopfempfindungen im Anfang führen zu steifer Haltung. Verf. ist gegen das Corset, wie die meisten Fachleute.

NADOLECZNY.

64) **Alois Schmitz. Der Uebungslaut.** *Stimme VI. S. 230. 1912.*

Der Ton soll leicht ansprechen, nicht offen genäselt sein, mit richtiger Einstellung des Ansatzrohrs (Mundboden, Zunge). Pianosingen allein genügt nicht zur Erlangung einer leichten Tongebung, da auch im Piano technisch falsch gesungen werden kann.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

65) **Clement F. Theisen. Acute Thyreoditis als Complication acuter Tonsillitis. (Acute thyreoiditis as complication of acute tonsillitis.)** *Annals otology, rhinology and laryngology. März 1914.*

Verf. berichtet über 7 Fälle, die er innerhalb 10 Jahren beobachtet hat und die hauptsächlich Frauen betreffen. Vier von den Fällen hatte Verf. Gelegenheit von Zeit zu Zeit während einer Reihe von Jahren zu sehen, und auf diesen Fällen basieren hauptsächlich seine Beobachtungen. Zwei dieser Patienten hatten zwei deutliche Anfälle von acuter Thyreoiditis, jedesmal mit acuter Tonsillitis, und in beiden hat sich seitdem ein ausgesprochener Kropf entwickelt. In beiden Fällen, wie auch in allen übrigen, trat die Entzündung der Thyreoidea in einer vorher ganz gesunden und normal grossen Drüse auf. Der einzige Fall, der nicht mit Tonsillitis verlief, war einer, der im Verlauf einer Pneumonie auftrat. Bei zwei Patienten traten bald nach dem Anfall von acuter Thyreoiditis und Tonsillitis Attacken von Hyperthyreoidismus mit allen typischen Symptomen derselben auf.

Die Symptome der acuten Thyreoiditis sind sehr characteristisch. Das nie fehlende und den Patienten unangenehmste Symptom ist Dysphagie; sie ist mechanisch durch Druck auf den Oesophagus bedingt und ist am ausgesprochensten,

wenn die Schwellung des linken Schilddrüsenlappens besonders stark ist. Sie ist so heftig, dass bisweilen die Patienten Tage lang selbst keine Flüssigkeiten schlucken können. Viele Fälle beginnen mit Kopfschmerzen, Prostration und anderen Erscheinungen einer Allgemeininfection; Fieber ist stets vorhanden. Die Schwellung der Schilddrüse ist gewöhnlich beträchtlich, nur bisweilen ist auch die Umgebung stark geschwollen.

EMIL MAYER.

66) **Sterckmans. Ein tödlicher Fall von congestiver Thyreoiditis. (Un cas mortel de thyroidite congestive.)** *Annales des maladies de l'oreille. 1913.*

Im Allgemeinen wird diese Erkrankung als gutartig angesehen, spontane Heilung ist die Regel. Verf. berichtet jedoch über einen Fall, der ausnahmsweise tödtlich verlief. Nach Form, Lage, Grösse des Tumors und Verlauf handelte es sich sicher um eine congestive Thyreoiditis.

PARMENTIER.

67) **Giacomo de Francisco. Ueber Strumectomie ohne Narkose. (Sulla strumectomia senza narcosi.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. No. 4. 1914.*

Verf. berichtet über 23 ohne Allgemeinnarkose operierte Fälle (9 parenchymatöse Strumen, 6 Cystenkröpfe, und 8, die theils parenchymatös, theils cystisch waren); in 4 Fällen handelte es sich um substernale Strumen, in 2 um stenosirende Strumen, in 5 Fällen war Erweichung der Trachea vorhanden. Verf. bespricht die Nachtheile der Allgemeinnarkose bei der Strumektomie. Er macht nur die Haut durch Chloräthyl unempfindlich. Bei den auf den Hautschnitt folgenden Manipulationen klagen die Patienten nur über ein unangenehmes Gefühl des Druckes und bisweilen über Athemschwierigkeiten beim Ziehen an der Trachea. Es genügt, dann mit dem Zug etwas nachzulassen, damit der Patient wieder Luft bekommt.

CALAMIDA.

g) Oesophagus.

68) **Mazzini Volpe. Ueber Narbenstenosen des Oesophagus. (Su le stenosi esofagee cicatriziali.)** *Arch. ital. di laring. H. 4. 1913.*

Verf. legt seinen Ausführungen 39 Fälle zu Grunde, die er während eines Jahres an der Massei'schen Klinik beobachtet hat; es handelte sich stets um die Folge des Trinkens von ätzenden Flüssigkeiten, was im Napolitanischen sehr häufig ist. In einem Falle kam die Patientin erst nach 8 Jahren in ärztliche Behandlung. In 22 Fällen wurde die einfache Dilatation gemacht ohne endoskopische Maassnahmen; in 15 wurde die einfache Dilatation oder die circuläre Elektrolyse gemacht unter Hülfe der Endoskopie; in einem Falle wurde die Gastrostomie gemacht mit nachfolgender Dilatation und Endoskopie auf oralem Wege; in einem Falle wurde die Tracheotomie nöthig mit nachfolgender Dilatation auf oralem Wege. In dem letzteren Fall — zwei Monate vorher in selbstmörderischer Absicht Ingestion von concentrirter Kalilauge — bestand ein Diaphragma zwischen Zungenbein und hinterer Pharynxwand; in demselben war ein kleines Loch, durch das man die Epiglottis sah, die an den Seiten von Narbengewebe comprimirt war. Der Oesophagus konnte nicht sondirt werden. Wegen der bestehenden Larynxstenose wurde die Tracheotomie gemacht. Die Patientin starb später an einer Pneumonie ab ingestis.

CALAMIDA.

69) **Syring** (Bonn). **Klinisches und Experimentelles zur Oesophagusplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. H. 3 u. 4. 1914.*

Unter keinen Umständen darf bei einer Oesophagoplastik die benutzte Schlinge antiperistaltisch gelagert werden.

SEIFERT.

70) **Dreyer** (Breslau). **Zur Freilegung des Brustabschnittes der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chir. No. 28. 1914.*

Zur genügenden Freilegung und Isolirung des Oesophagus sind ausgedehnte Rippenresectionen erforderlich. Um schwere Athemstörungen zu verhüten, erscheint es zweckmässig, die Continuität einiger in der Mitte der Thoraxöffnung liegenden Rippen durch Platten aus Aluminium wieder herzustellen.

SEIFERT.

71) **Lüttich** (Düsseldorf). **Witzel's Verfahren für die Resection des Oesophagus im cardialen Abschnitt.** *Centralbl. f. Chir. No. 19. 1914.*

Bei dem von Witzel vorgeschlagenen Verfahren wird die ganze Operation in den Bauchraum verlegt und eine Zugänglichkeit und Sicherheit bei der Speiseröhrenresection und -naht erzielt, wie bei keiner anderen Methode.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Warren B. Davis. Development and anatomy of the nasal accessory sinuses.** Octavo of 172 pages with 57 original illustrations. Philadelphia. W. B. Saunders Company.

Dem vorliegenden Buch liegen Untersuchungen zu Grunde, die Verf. an 290 Präparaten gemacht hat; sie betreffen die verschiedenen Stadien und Typen der Entwicklung der Nasennebenhöhlen vom 16. Tage des fötalen Lebens bis zum vorgerückten Alter. Die Untersuchungen wurden in den Laboratorien des Städtischen Krankenhauses Friedrichshain in Berlin und des Daniel Bough Institute in Philadelphia angestellt.

Wir schulden dem Verf. für diese Monographie, die für alle, die sich mit Nebenhöhlenerkrankungen beschäftigen, von höchstem Werth ist, grössten Dank; wir sind überzeugt, dass seine Untersuchungen viel zur Klärung noch immer controverser Fragen beitragen werden. Die Geduld, Geschicklichkeit und Gründlichkeit, mit der er zu Werke gegangen ist, fordert unsere aufrichtige Bewunderung heraus. Der Verf. hat eine Methode angewandt, die es ihm erlaubte, die Nebenhöhlen bei der Section en bloc zu entfernen, ohne dass eine merkliche Disfiguration des Gesichtes eintritt. Er verfügte über mehrere Präparate aus jedem Lebensjahr, nur aus dem 11. Lebensjahr besass er nur ein Präparat.

Ein Kapitel ist embryologischen Untersuchungen gewidmet. Es werden dann die verschiedenen Nebenhöhlen beschrieben; es werden Präparate von jedem Lebensalter bis zum 25. Jahr abgebildet und genaue Maasse gegeben. Die Kieferhöhle ist im letzten Theil des 6. oder im Anfang des 7. Fötalmonats nachweisbar; was die Stirnhöhle betrifft, so kann man gewöhnlich nicht vor dem 6. Monat nach der Geburt genau sagen, welcher der Pneumatisationsprocesse die primäre Stirn-

höhle darstellt. An einigen Präparaten kann der wahrscheinliche Weg der Entwicklung mit einem gewissen Grad von Sicherheit zur Zeit der Geburt oder kurz darauf bestimmt werden, während in anderen Fällen der bestimmte Beginn einer Stirnhöhle erst gegen Ende des ersten Jahres nachweisbar ist. Die Keilbeinhöhle lässt sich beim Embryo von 65 Tagen als Einstülpung der Schleimhaut im hinteren Theil der Nase nachweisen; die Ausdehnung der Entwicklung dieser Höhle im Kindesalter ist augenscheinlich unterschätzt worden.

Die Abbildungen sind zahlreich und sehr sorgfältig hergestellt, die Ausstattung ist höchst splendid. Emil Mayer.

---

b) Dr. Albert Liebmann. Die psychische Behandlung von Sprachstörungen. Vorlesungen über Sprachstörungen. 9. Heft. Berlin 1914. O. Coblentz. 125 S. Preis M. 2,40.

L. veröffentlicht in diesem Heft eine Anzahl von Krankengeschichten mit Epikrisen, an denen er zeigt, wie er seine Patienten, hauptsächlich deprimirte Stotterer, psychisch behandelt und erzieht. Auffällig und terminologisch nicht haltbar ist seine Hypothese von der Hyperästhesie der Sprachorgane beim Stotterer. Was er damit meint, ist aber richtig und dürfte sich mit dem von Kräpelin festgelegten Begriff der Aufmerksamkeitsneurose decken, die nicht unerwähnt hätte bleiben dürfen. Einige Krankengeschichten von Poltern und Seitwärtslispeln und schliesslich zwei schöne Aphasiefälle, deren psychopädagogische Behandlung hervorzuheben ist, beschliessen die Zusammenstellung von Krankheitsfällen und therapeutischen Winken, die grossentheils schon Gemeingut der Sprachärzte sind. Nadoleczny.

---

c) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

88. Sitzung vom 7. October 1913.

1. E. Schmiegelow: Fall von Nasenplastik.

Einem 46jährigen Mann war die äussere Nase durch ein Trauma fast amputirt worden, so dass sie über den Oberkiefer hinabhing und in dieser Lage schon festgewachsen war; sie wurde subcutan wieder abgelöst und in situ angebracht; ein Defect des Nasenrückens wurde durch ein Stück Tibia verschlossen.

2. E. Schmiegelow: Fall von linksseitiger Recurrenslähmung mit Lähmung des linken Halssympathicus und Glossopharyngeus.

Die genannten Lähmungen waren bei einer 30jährigen Lehrerin nach einer Entzündung in der linken Regio retromaxillaris und carotidea entstanden; anfangs war auch eine Vaguslähmung vorhanden gewesen. S. fasst die Krankheit als eine inflammatorische Neuritis auf.

3. E. Schmiegelow: Cancer pharyngis perilaryngeus, durch Resectio totalis laryngis entfernt.

Nach Entfernung der Geschwulst, die die ganze hintere Fläche des Kehlkopfes einnahm, so dass auch die hintere Kehlkopfhälfte mit entfernt werden musste, wurde die Schleimhaut der vorderen Kehlkopfhälfte lospräparirt und zur



Plastik der vorderen Schlundwand benutzt; der übrige Teil der vorderen Kehlkopfhälfte wurde dann entfernt und die Luftröhre in den Wundwinkel vernäht; nach Einlegen einer Schlundsonde wurde die Haut über die neugebildete Schlundröhre sorgfältig vernäht.

4. E. Schmiegelow: Resectio laryngis totalis et pharyngis transversalis et oesophagi partialis.

Wegen eines sehr grossen Cancers musste ausser der Kehlkopfresection auch eine transversale Pharynxresection und eine Resection des oberen Theils der Speiseröhre vorgenommen werden. Eine Plastik nach Gluck liess sich nicht machen und deshalb wurde eine trichterförmige Prothese construirt, die das Essen direct aus der Mundhöhle in die Speiseröhre hinein leiten konnte; sie besteht hauptsächlich aus einer Metallkapsel mit Kautschukrand, die sich der Haut am Hals und unter dem Kinn genau anschmiegt.

5. E. Schmiegelow: Transnasal operirter Tumor hypophyseos.

Die Operation wurde im Wesentlichen nach der Methode von Schloffer gemacht; der Patient, ein 62jähriger Mann, vertrug dieselbe gut und befindet sich nach der Operation besser.

6. E. Schmiegelow: Fall von acut entstandener doppelseitiger Taubheit bei einem sonst gesunden Kinde.

Ein 7jähriges gesundes Mädchen erwachte eines Morgens völlig taub, sonst keine krankhafte Symptome, kein Schwindel. Sie reagirte überhaupt nicht auf Schall und die vestibularen Reactionen waren aufgehoben. Das Gehör kehrte am linken Ohre theilweise zurück. Die Entstehung dieser Taubheit ist sehr räthselhaft; es sind keine Anhaltspunkte da für ein inflammatorisches Labyrinthleiden, andererseits ist aber auch eine hysterische Taubheit bei einem so gesunden und natürlichen Kinde höchst unwahrscheinlich.

7. O. Strandberg: Positiver Wassermann in einem Fall von Cancer linguae.

8. K. Nörregaard: Fall von ulcerirtem Tumor im Rachen.

9. Jörgen Möller: Fall von Cancer laryngis, durch partielle Laryngektomie geheilt.

66jähriger Mann mit einem höckerigen Tumor in der vorderen Commissur; er wurde durch Laryngofissur entfernt, indem auch die vordere Hälfte beider Stimmlippen und der vordere untere Theil beider Laminae thyreoideae excidirt wurden. Um Narbenschrumpfung zu verhüten, wurde translaryngeale Drainfixation nach Schmiegelow verwendet und dann der obere Theil der Wunde verschlossen. Anfangs trat, trotz guter Lage des Drains, ständiges Fehlschlucken auf, so dass Sondenfütterung angewandt werden musste, später ging aber alles gut. Das Drain wurde nach $1^1/_2$ Monat entfernt, die Canüle nach $5^1/_2$ Monat. Es ist jetzt ein Jahr nach der Operation verstrichen und alles hält sich glatt. Der übrig stehende Theil der Stimmlippen hat sich so stark retrahirt, dass thatsächlich keine Stimmlippen mehr bestehen, Pat. spricht aber mit seinen Taschenfalten sehr laut und deutlich, wenn auch etwas heiser.

10. Fr. Pontoppidan: Ueber den chronischen eitrigen Ohrenfluss im ersten Kindesalter und seine Prognose.

P. will die Ursache dafür, dass trotz aller Sorgfalt so viele Eiterungen in den beiden ersten Lebensjahren chronisch werden, in den anatomischen Verhältnissen finden; das Antrum ist grösser als bei den Erwachsenen und der Abfluss aus diesem grossen Antrum wird durch die bei kleinen Kindern besonders dicke Schleimhaut behindert; es entstehe hierdurch Degeneration der Schleimhaut und Nekrose der knöchernen Ränder; man muss deshalb bei kleinen Kindern immer in erster Linie auf die Antrumeiterung achten. Bei kleinen Kindern entsteht sehr leicht subperiostaler Abscess, es war dies in sieben Fällen P.'s der Fall. Die Behandlung der Antrumeiterung besteht in der Eröffnung des Antrums, was bei kleinen Kindern sehr leicht vor sich geht. P. meint, dass man, um eine chronische Eiterung zu verhüten, bei kleinen Kindern immer dann Aufmeisselung vornehmen muss, wenn eine profuse Eiterung mehr als 4—6 Wochen dauert, selbst wenn keine Complicationen vorhanden sind.

Discussion:

N. Mygind ist mit P. gar nicht einig; dass bei einer acuten Mittelohreiterung auch immer eine Antrumeiterung vorhanden ist, darüber sind wohl alle einig; die profuse Secretion stammt aber gar nicht aus dem Antrum, man sieht auch sehr oft, dass die Eiterung aus dem Gehörgang nicht gleich nach der Aufmeisselung aufhört. Auch beruhen die chronischen Mittelohreiterungen bei kleinen Kindern nicht immer auf tieferen Zerstörungsprocessen, sonst würde man eine chronische Eiterung nicht so häufig, wie es thatsächlich geschieht, durch conservative Behandlung heilen können. Vor allem kann M. aber nicht zugeben, dass eine Aufmeisselung dann nöthig ist, wenn die Eiterung 4—6 Wochen gedauert hat; viele Eiterungen dauern monatelang und heilen doch. Dann spricht P. fortwährend über „Eröffnung des Antrum"; das ist ja doch eine ganz obsolete Operation, man muss eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mit Entfernung von allem krankhaftten Gewebe vornehmen (Pontoppidan: Es giebt bei kleinen Kindern gar keinen Warzenfortsatz!). Das ist nicht richtig; besonders im 2. Lebensjahre kann man sogar einen ziemlich grossen Warzenfortsatz finden. Uebrigens ist P.'s Material zu klein, um daraus Schlüsse ziehen zu können und obendrein verfügt er über keinen einzigen reinen Fall von „Antrumeiterung", indem in sämmtlichen Fällen subperiostaler Abscess und somit auch eine Osteitis vorhanden war.

Jörgen Möller: Ausser bei Neugeborenen giebt es bei kleinen Kindern fast immer einen deutlichen Warzenfortsatz, so dass man nach Beendigung einer Aufmeisselung manchmal eine haselnussgrosse Höhle hat; die Osteitis in spongiösem Gewebe spielt gewöhnlich eine viel grössere Rolle als die Antrumeiterung. Aufmeisselung bringt bei weitem nicht immer eine Eiterung zum Aufhören, während andererseits eine langdauernde Eiterung sehr oft bei conservativer Behandlung ausheilt.

Vald. Klein hat auch bei kleinen Kindern viele langdauernde acute Eiterungen bei conservativer Behandlung geheilt.

11. Schousboe: Einige Bemerkungen über die Trachealcanüle.

Eine Canüle war einem Patienten zerbrochen, so dass die äussere Röhre in die Trachea hinabglitt und durch Tracheoskopie entfernt werden musste. Das Schild hatte die Canüle halbwegs durchschnitten; es wäre demnach wünschenswerth, wenn das Schild in solcher Weise abgeändert werden könnte, dass die Canüle selbst nicht so leicht zernagt wird.

89. Sitzung vom 5. November 1913.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller.
Schriftführer: Dr. Blegvad.

1. H. Mygind: Pneumocele supraclavicularis.

82jährige Frau mit intermittirender Schwellung in der rechten Fossa supraclavicularis; nimmt man mit den Schultern passive Bewegungen nach vorn und hinten vor, kommt die Geschwulst zum Vorschein; sie ist nicht scharf abgegrenzt, ihre Oberfläche ist glatt, die Consistenz weich, wie ein Luftkissen, kein Knistern; bei Hustenstössen leichte Vergrösserung; durch Compression verschwindet der Tumor ganz allmählich. Es handelt sich unzweifelhaft um eine intermittirende, von der rechten Lungenspitze ausgehende Pneumocele.

2. H. Mygind: Zwei Fälle von secundärer Naht nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

In dem ersten Falle wurde 14 Tage nach der Operation secundäre Naht gemacht, als aber nach 3 Tagen die Klammern entfernt wurden, traten die Wundlippen etwas auseinander und es entstand eine oberflächliche Eiterung mit Unterminirung der Ränder; trotzdem das Gerinnsel in der Wundhöhle selbst mit der kleinen eiternden Höhle in directer Verbindung stand, zerfiel es nicht und alles heilte sehr schnell, nur mit etwas breiterer Narbe als sonst.

In dem anderen Fall war eine sehr ausgedehnte Osteitis vorhanden, so dass die ganze Spitze mit entfernt werden musste, trotzdem heilte die Wunde anstandslos bei der 11 Tage nach der Operation ausgeführten secundären Naht.

3. H. Mygind: Bakterienfreie Lumbalflüssigkeit bei letal verlaufender diffuser eitriger Leptomeningitis.

18jähriger Mann mit chronischer, cholesteomatöser Mittelohreiterung und meningealen Erscheinungen; es wurde Totalaufmeisselung und Craniotomie gemacht. Nach der Operation wurde noch zweimal punctirt und die Lumbalflüssigkeit enthielt zahlreiche, vorwiegend polynucleäre Zellen, aber keine Bakterien; das letzte Mal war die Flüssigkeit beträchtlich weniger getrübt und der Zustand viel besser, plötzlich collabirte aber der Patient und unter universellen Krämpfen trat Exitus ein, 4 Tage nach der Operation. Bei der Section eitrige ausgedehnte Meningitis, ferner ein in die Ventrikel hinein perforirter Temporallappenabscess.

Discussion:

E. Schmiegelow: Der Fall darf nicht als ein Beweis dafür gelten, dass man bei einer letalen Meningitis bakterienfreie Lumbalflüssigkeit finden kann, denn die eigentliche Todesursache war doch wohl der Hirnabscess.

Jörgen Möller: Selbst wenn der Hirnabscess die Todesursache war, bleibt die Hauptsache doch, dass thatsächlich eine diffuse Leptomeningitis vorhanden war und trotzdem keine Bakterien gefunden wurden.

4. Wilh. Waller: Fall zur Diagnose.

5. F. Tetens Hald: Drei Fälle von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen.

a) 10jähriges Mädchen hatte am Abend vorher Brod gegessen und dann plötzlich über Stechen im Halse geklagt; der Kopf wurde steif gehalten, nach rechts gedreht; an dem oberen Rande des Schildknorpels eine spitze Hervorragung der Haut, bei Laryngoskopie sah man eine schief durch den Kehlkopf verlaufende Nadel; sie wurde durch einen kleinen Hautschnitt von aussen extrahirt.

b) 5jähriges Mädchen hatte am Tage vorher eine Nadel verschluckt; bei der Röntgenaufnahme Nadel im linken Bronchus. Es wurde Tracheotomie und Bronchoscopia inferior gemacht; die Nadel fest eingekeilt, musste losgerissen werden. Rekonvalescenz ungestört. Am besten ist es in solchen Fällen, sofort Tracheotomie zu machen; bei Kindern tritt bisweilen nach Bronchoscopia superior Laryngostenose auf, auch passirt es manchmal, dass der einmal gefasste Fremdkörper aus der Zange gestreift wird und vielleicht in den anderen Bronchus hineinfällt; schliesslich ist die Extraction durch die kürzere Röhre leichter.

c) 10jähriger Knabe hatte am Tage vorher eine Nadel verschluckt; Röntgenaufnahme zeigte die Nadel in der Trachea sitzend. Bei der Laryngoscopia directa war die Nadel vermeintlich in der Tiefe der Trachea sichtbar, als aber die Einführung des tracheoskopischen Tubus Schwierigkeiten bereitete, wurde Tracheotomie gemacht, wobei etwas Husten auftrat. Bei der Tracheo-bronchoscopia inferior keine Nadel sichtbar, dagegen an der Hinterwand der Trachea eine kleine Continuitätstrennung. Es wurde jetzt Oesophagoskopie gemacht und hier fand man die Nadel hinter dem Kehlkopf liegen; als man aber behufs Extraction die Röhre wechselte und eine kürzere einführte, war nichts mehr zu sehen; 4 Tage später wurde die Nadel mit dem Stuhl entleert. Wie aus der Röntgenaufnahme im Profil ersichtlich, war die Nadel in ihrer ganzen Länge unzweifelhaft in der Trachea gelegen; sie mag bei den Hustenstössen gelockert, in den Schlund hinaufgeschleudert und von da allmählich weiter befördert worden sein. Trotzdem man in diesem Falle wahrscheinlich beim Forcieren der Tracheoscopia superior die Nadel sofort gefunden hätte, hält H. doch die Tracheo-bronchoscopia inferior für die Methode der Wahl.

Discussion: Schmiegelow, Hald.

6. Jörgen Möller: Tödtlich verlaufender Fall von Oesophagusperforation.

Ein 2jähriger Knabe hatte 4 Tage vor der Aufnahme ein Zweiörstück verschluckt; die Münze war bei Röntgendurchleuchtung im Jugulum sichtbar. Zwei Tage später Oesophagoskopie in Narkose; die Röhre wurde unter Leitung des Auges eingeführt und passirte die ganze Länge der Speiseröhre, ohne dass ein Fremdkörper gesehen noch gefühlt werden konnte. Als eine Röntgenaufnahme am folgenden Tage jedoch den Fremdkörper an demselben Platz zeigte, wurde wieder

Oesophagoskopie gemacht, der Fremdkörper konnte jedoch noch immer nicht gesehen, noch gefühlt werden; die Schleimhaut war sehr geschwollen und die Orientirung äusserst schwierig, am Ende der Untersuchung trat Emphysem auf. Am folgenden Vormittag Temp. 40,4 und Collaps; es wurde Oesophagotomie gemacht und die Münze hierdurch leicht entfernt; $^1/_2$ Stunde später Exitus.

Section: Perforation der Speiseröhre oberhalb der Stelle des Fremdkörpers, Mediastinitis. Wahrscheinlich ist bei der ersten Untersuchung die geschwollene Schleimhaut durch die Röhre über die Münze hinabgestülpt worden und die Schleimhaut hierdurch noch weiter erodirt, so dass die Perforation am folgenden Tage erleichtert wurde. Man muss bei kleinen Kindern mit Oesophagoskopie äusserst vorsichtig sein und bei grossen hochsitzenden Fremdkörpern am liebsten gleich die Oesophagotomie vornehmen, jedenfalls eine zweite Oesophagoskopie unterlassen, wenn überhaupt Möglichkeit besteht, den Fremdkörper durch Oesophagotomie zu entfernen.

7. N. Rh. Blegvad: Chronische Ohreiterung — Labyrintheiterung — Leptomeningitis — Cerebellaraffection (?) — Operation — Heilung.

23jähriges Mädchen, seit der Kindheit Ohreiterung rechts; seit 2 Tagen labyrinthäre, keine cerebralen Erscheinungen. Starker horizontaler und rotatorischer Nystagmus nach links bei jeder Augenstellung, totale Taubheit rechts; Nackensteifigkeit und Kernig vorhanden, Lumbalflüssigkeit flockig getrübt. Es wurde Totalaufmeisselung und Labyrinthausräumung gemacht. Nach 1 Woche Verschlimmerung, ausgesprochene Hirnerscheinungen. Bei der Untersuchung nach Barany Deviation der rechten Schulter nach aussen sowohl spontan als bei Nystagmus nach rechts; übrige Gelenke normale Verhältnisse. Craniotomie und Incision des Kleinhirns mit negativem Resultat. Trotzdem schwanden die Hirnerscheinungen und 5 Wochen nach der ersten Operation konnte Patientin aufstehen. Eigenthümlich ist, dass die Lumbalflüssigkeit wiederholt mononucleäre Formen zeigte, bei der ersten und der letzten Punction aber polynucleäre. Mikroben wurden niemals nachgewiesen.

8. N. Rh. Blegvad: Demonstration einer Ohrspritze.

9. Ebbe Berch: Demonstration eines Instruments zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.

90. Sitzung vom 3. December 1913.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller.
Schriftführer: Dr. N. Rh. Blegvad.

1. Geschäftssitzung. Zum Vorstande wurden gewählt: Präsident: Prof. Schmiegelow, Vicepräsident: Docent Törne (Lund). Die Gesellschaft zählt zur Zeit 35 ordentliche und 2 correspondirende Mitglieder.

Docent Dr. Barany (Wien) und Prof. Burger (Amsterdam) wurden als correspondirende Mitglieder erwählt.

2. Ove Strandberg: Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege.

Die histologische Untersuchung ist nicht zuverlässig; selbst wenn epithelioide und Riesenzellen gefunden werden und Wassermann negativ ist, darf man nicht unbedingt die Diagnose Tuberculose stellen.

3. K. Nörregaard demonstrirt einen Fall, wo die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Cancer eine recht schwierige ist; Wassermann ist negativ und histologisch findet man atypische Epithelproliferation und Rundzelleninfiltration mit degenerativen Veränderungen; trotzdem macht die Anamnese es wahrscheinlich, dass es sich eher um Syphilis handelt.

Discussion: Mygind, Strindberg.

Ausserordentliche Sitzung vom 15. December 1913.

Nach Einladung des Vorstandes hält Prof. Burger (Amsterdam) einen Vortrag „Ueber das adenoide Gesicht“. Der Vortrag wird anderswo veröffentlicht werden.

91. Sitzung vom 18. Februar 1914.

Vorsitzender: Prof. Schmiegelow.
Schriftführer: Dr. Blegvad.

Holger Mygind: Wie soll die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vorgenommen werden?

M. giebt eine detaillirte Beschreibung über die Art und Weise, in der er die Aufmeisselung vornimmt; den directen Anlass zum Vortrag bildeten theils die Aeusserungen Pontoppidnas' in einer früheren Sitzung, theils ein paar etwas ungenaue Beschreibungen in dänischen Handbüchern.

Discussion: Schmiegelow, Möller, Kiär, Bergh, Mygind.

Jörgen Möller.

---

d) Sitzung in dem oto-laryngologischen Verein zu Kristiania am 9. Februar 1914.

Vorsitzender: Prof. v. Uchermann.
Sekretär: Dr. K. Fleischer.

Uchermann demonstrirte eine 65jährige Frau mit Gumma laryngis. Aus der Anamnese geht hervor, dass dieselbe vor 2 Jahren ein rechtsseitiges Augenleiden mit Schmerzen, abnehmender Sehkraft und Ptosis hatte. Letztere wurde gehoben durch den Gebrauch von „klarer Medicin“, aber die Sehkraft kam nicht zurück. Seit Weihnachten hat die Patientin an trockenem Husten und zunehmender Kurzatmigkeit gelitten, in der letzten Zeit auch an Heiserkeit. In den letzten 8 Tagen ist flüssige Nahrung teilweise durch die Nase zurückgekommen. Die Patientin hat das Gefühl, als ob etwas auf den Kehlkopf drückt, aber keine Schmerzen. Bei der Aufnahme am 19. 1. d. J. fand man im Kehlkopf eine hellröthliche, glatte ödematöse Geschwulst, welche die rechte Plica aryepiglottica ein-

nimmt. Nach aussen deckt die Geschwulst den linken Sinus pyriformis. Nach innen reicht dieselbe über die Mittellinie und setzt sich nach unten in die linke Plica ventricularis fort, welche das Stimmband verdeckt. Das linke Stimmband ist unbeweglich, das rechte ist normal beweglich. Die rechte Plica aryepiglottica etwas injicirt und geschwollen.

Nach dem Aussehen der Geschwulst könnte man an Lues oder Tuberculose oder eine Laryngitis rheumatica nodosa, vielleicht auch an Krebs denken. Die Anamnese und der schmerzlose Verlauf spricht jedoch zunächst für Lues. Die spätere Untersuchung erwies auch Wassermann +. Beim Gebrauch von Jodkalium in steigenden Dosen ist der Tumor nun auf die Hälfte reducirt. Das linke Stimmband ist zu sehen, etwas injicirt, aber immer noch unbeweglich.

Die Patientin wurde vorgezeigt.

Am 16. 2. wurde die Kranke zu poliklinischer Behandlung entlassen. Beim Gebrauch von Jodkalium (30,0 : 300) ist die Geschwulst noch weiter zurückgegangen. Das linke Stimmband noch unbeweglich.

Uchermann berichtete einen Fall von acuter Sinuitis sphenoidalis purulenta mit Caries der oberen und äusseren Wand, basaler Meningitis und Sinusphlebitis des Sinus cavernosus, embolischen Metastasen in den Lungen (multiple Abscesse). Der Patient, 8 Jahre alt, Sohn eines Häuslers, wurde am 3. 2. 14 Abends in komatösem Zustand aufgenommen und starb am 4. 2. 4 Uhr 30 Min. Nachmittags.

Die Anamnese ist unvollständig. Der Patient soll seit 3 Wochen Schnupfen gehabt haben. Am 30. 1. trat Anschwellung des rechten oberen Augenlids auf, am folgenden Tage konnte er das Auge nicht öffnen. Am 1. 2. entstand Anschwellung im linken oberen Augenlid und an der Stirn. Am Nachmittage desselben Tages fing er an zu phantasiren, seit dem 3. 2. Mittags bewusstlos.

Keine Aufschlüsse über Schmerzen, Brechbewegungen wurden am Tage der Aufnahme beobachtet. Aus dem Journal wird hier angeführt: Der Patient ist bewusstlos, jammert, fuchtelt mit den Händen. Puls 180—190, Temp. 39,6. Nichts zu bemerken an den Lungen oder dem Herzen. Oedematöse Geschwulst der Augenlider und der Stirn, die Augen sind ganz geschlossen, die Ränder der Augenlider zusammengeklebt. Das rechte Auge scheint etwas protrudirt, die Haut bläulich entfärbt. Chemosis der Bindehäute mit Blutaustritt vorhanden. Keine Deviation des Augapfels. In der Nase etwas eingetrocknetes Sekret im mittleren Nasengang (Rhinoscopia ant.), kein Eiter. Wimmert bei Drücken auf den Margo supraorbitalis an beiden Seiten und unter dem medialen Winkel.

Bei der am selben Abend (vom Assistenzarzt) vorgenommenen Eröffnung des Sinus frontalis auf beiden Seiten und der daranstossenden Ethmoidalzellen wurde kein Eiter gefunden. Sinus sphenoidalis wurde nicht eröffnet. Am 4. 2. war der Patient immer noch bewusstlos. Temp. 39,4. Keine Krämpfe. Der Tod erfolgte um $4^1/_2$ Nachmittags.

Section: Links von der Sella turcica, entsprechend der Spitze des linken Temporallappens, spärliche Ansammlung von gelbem, dünnflüssigem Eiter. Die äusseren Wände des Corpus ossis sphenoidei zeigten (nach der Entfernung der Dura) stellenweise Eiterbelag. Im Sinus sphenoidalis blutige, eitrige Flüssigkeit,

die Wände morsch, eiterinfiltrirt. Infiltratio purulenta orbitae (besonders an der rechten Seite), Eiter längs beiden N. ophthalmici. Keine Thromben im Sinus cavernosus, Venae ophthalmicae und Sinus petrosi. In Cellulae ethmoidales und Sinus frontales kein Eiter.

Starke Hyperämie der Oberfläche des Gehirns, auf der Basis um das Chiasma herum spärlicher Eiter. In den Lungen zahlreiche, erbsen- bis haselnussgrosse, blutrote, prominirende Knoten, dieselben fühlen sich hart an, infiltrirt und erweisen sich beim Durchschneiden als bestehend aus einzelnen, central belegenen hanfkorngrossen Eiterherden von einer hämorrhagischen Zone umgeben (embolische Metastasen). Die bakteriologische Untersuchung des Herzblutes und der Milz zeigte grampositive Diplokokken. Auf Mäuse geimpft Kapselbildung: Pneumokokken.

Ein seltener und lehrreicher Fall, der für sich selbst spricht. Es ist anzunehmen, dass die Embolien von thrombosirten und erweichten Knochenvenen herrühren (Osteophlebitische Pyämie), indem der Sinus cavernosus merkwürdigerweise keinen Thrombus enthielt.

Uchermann zeigte einen Killian'schen Apparat für „Schwebe-Laryngoskopie" vor, der vor Kurzem im Hospital bei einem Fall von multiplen Papillomen (bei einem 8jährigen Kinde) angewandt wurde. Er erwies sich als sehr zweckmässig, was mit der allgemeinen Erfahrung übereinstimmt. Man erhält eine ausgezeichnete Uebersicht über das Terrain und hat beide Hände frei zur Entfernung der Geschwülste und zum Abtupfen, gleich wie auch die Respiration ungehindert vor sich geht.

Wetterstad demonstrirte:

1. Os temporis einer 20jährigen Frau mit folgender Krankheitsgeschichte:

Die Patientin litt seit ungefähr $^3/_4$ Jahren an stinkendem Ausfluss aus dem linken Ohr mit progressiv abnehmendem Gehör. Nähere Aufschlüsse, diesen Zeitraum betreffend, sind nicht zu erhalten. Vor ungefähr 10 Tagen stellten sich Schmerzen im Ohr und der linken Hälfte des Kopfes ein mit Erbrechen nach jeder Mahlzeit und Schwindel. Ihre Umgebung erzählte, dass die Patientin taumelte, wenn sie ging. Ein zugezogener Specialist riet zu augenblicklicher Operation, die indessen nicht ausgeführt wurde. Die Patientin wurde am 19. 2. 14 in die Ohrenabtheilung des Reichshospitals aufgenommen, wo folgender Status aufgenommen wurde:

Die Patientin ist soporös, antwortet träge auf gestellte Fragen — slow cerebration — und hat einen schwankenden breitspurigen Gang. Kein Nystagmus. Temp. 36,9. Puls 78, regelmässig. Flüstersprache wird vom linken Ohr auf $^1/_2$ m gehört; keine Empfindlichkeit über dem Processus mastoid. Auf der Stelle des Trommelfelles sieht man einen grossen Polypen den Ohrgang ausfüllen.

20. 2. Unklar während der ganzen Nacht, Puls 60, Temp. 37°. Es ist heute spontaner Nystagmus horizontalis nach rechts vorhanden. Wiederholtes Erbrechen. Tod im Laufe des Vormittags.

Section: Os temporis wurde vollständig entfernt und geöffnet wie zur Totalaufmeisselung. In einer Tiefe von ungefähr 1 cm fand man eine mit stinken-

den Cholesteatommassen ausgefüllte Höhle, deren hintere Begrenzung von Sinus und Dura cerebelli gebildet wird. Der Sinus ist angefüllt mit stinkenden Thrombenmassen. Dura cerebelli ist verdickt und abgelöst von der hinteren Pyramidenfläche durch einen epiduralen Abscess, der medial durch eine nadelfeine Perforationsöffnung mit einem nussgrossen Abscess im Cerebellum in Verbindung steht.

Dem Tegmen antri entsprechend sieht man eine kleine Perforation im Knochen, die in einen epiduralen Abscess führt, der durch eine enge Oeffnung mit einem walnussgrossen Abscess im Temporallappen communicirt. An dem herausgenommenen Gehirn sieht man in der Wand dieser letzten Abscesshöhle eine zweite Perforation nach dem Subarachnoidealraum und von dieser ist augenscheinlich die Basismeningitis ausgegangen, die als Todesursache angesehen werden muss.

2. Einen gewaltigen Solitärpolyp aus der rechten Nasenhälfte eines 12jährigen Mädchens, mit Lange's Haken entfernt. Der Stiel war dünn und konnte durch das Foramen accessor. zum Antrum Highmori hinein verfolgt werden.

Sitzung vom 9. März 1914.

Vorsitzender: Prof. v. Uchermann.
Sekretär: Dr. Fleischer.

Uchermann demonstrirte einen Patienten, bei welchem wegen Larynxstenose (Tuberculose) Laryngotomia inferior (intercrico-thyreoidea et cricoidea) ausgeführt war mit „Fensterresection“ des Arcus cricoideus (eigene Methode). Der Patient, ein 38jähriger Mechaniker, kam am 20. 2. d. J. ins Hospital. Vor 10 Jahren hatte er Tuberculose in der linken Lunge, später ist auch die rechte Lunge angegriffen worden. Er wurde auch heiser und war bei der Aufnahme in Grefsen's Tuberculosesanatorium 1905 beinahe tonlos.

Die Stimme besserte sich während des Anfenthaltes und hat sich seit der Entlassung ziemlich gut gehalten, bis Weihnachten 1913, wo er wiederum heiser wurde. Er ist in der letzten Zeit auch von Athemnoth gequält gewesen. Im Jahre 1912 hielt er sich 6 Monate in einem Pflegeheim für Tuberculose auf. Hat im Uebrigen bis jetzt gearbeitet.

Der Patient sieht gut aus, normale Körperfülle, frische Gesichtsfarbe. Etwas kürzerer Percussionslaut und geschwächte Respiration über der linken Lungenspitze, keine Geräusche. Bei der Inspection des Kehlkopfes sieht man Röthung und ödematöse Geschwulst der rechten Regio arytaenoidea und Plica aryepiglottica von der Grösse einer Krachmandel. Die Geschwulst erstreckt sich hinüber auf das falsche Stimmband, das injicirt und geschwollen ist. Die Stimmbänder sind roth, unregelmässig geschwollen, das rechte Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung. Unterhalb des rechten Stimmbandes in der Regio hypoglottica sieht man eine hervorragende, gräulich rothe, etwas unebene Partie. Auch in der Regio hypoglottica sinistra ist die Schleimhaut etwas geschwollen und injicirt. Keine Schmerzen beim Schlucken.

Am 22. 3. wurde in localer Anästhesie Laryngotomia intercricothyreoidea gemacht, nach subperichondraler Entfernung eines ca. $1^1/_2$ cm langen Stückes des

Ringknorpelbogens. Die Oeffnung wurde vertical durch das Lig. conoideum und das Perichondrium der Cricoidea sowie die Schleimhaut gemacht. Die Innenseite der Cricoidea zeigt sich blass, glatt, kein Zeichen von Perichondritis. Nach oben sieht man das untere Ende der früher beschriebenen subchordalen Excrescenz; sie fühlt sich weich an, kein Zeichen von Abscess. Dieselbe scheint von der Regio arytaenoidea auszugehen, nicht von der Cricoidea. Es wurde Canüle No. 7 hineingelegt. Später normaler Verlauf. Kein Fieber.

9. 3. Bei der heutigen Laryngoskopie sieht man die Geschwulst der linken Regio arytaenoidea und Plica ary-epiglottica blass, etwas kleiner, wie auch die geschwollene Partie unterhalb des rechten Stimmbandes etwas schlaffer. Während des ganzen Aufenthaltes keine Schlingbeschwerden. Temp. zwischen 37 und 37,5. Wurde mit Canüle entlassen.

Die genannte Behandlung mit Resection des Arcus cricoideus habe ich schon seit vielen Jahren angewandt, wo Laryngotomie anstatt Tracheotomie angezeigt war, und wo die Canüle längere Zeit hindurch beibehalten werden soll. Man erhält dadurch ausgezeichneten Platz und jegliche Irritation der Knorpelhaut mit der Möglichkeit einer Spornbildung fällt weg, selbst wenn die Canüle jahrelang getragen werden soll. Ich habe früher 2 Fälle von Larynxtuberculose veröffentlicht, die auf diese Weise geheilt worden sind; nur dadurch, dass man das Organ in Ruhe versetzt. Es wird auch in diesem Falle keine andere Behandlung angewandt werden. Bemerkenswerth ist der vollständige Mangel an Schlingbeschwerden, der jeden anderen localen Eingriff contraindicirt. Quieta non movere.

2. Uchermann demonstrirte einen Patienten, einen 21jährigen Arbeiter, der am 4. 1. d. J. nach einem starken Stoss gegen die rechte Seite des Kopfes und kurzer Bewusstlosigkeit, die gewöhnlichen Symptome einer Gehirnerschütterung darbot. In den ersten 14 Tagen lag der Patient zu Bett; seitdem er aufgestanden ist, war der Gang unsicher (er geht am Stock), mit Schwindelanfällen (seine Erklärung hierüber ist wechselnd, er erzählt später, dass er niemals schwindelig gewesen ist). Das Gehör auf dem rechten Ohr ist herabgesetzt, er klagt über Sausen auf derselben Seite, sowie über ein Gefühl von Erschlaffung im Körper. Die Symptome sind in stetem Abnehmen begriffen gewesen. Bei der Aufnahme am 25. 2. d. J. war das Gehör auf dem rechten Ohr auf Flüstern ad concham, Rinne — 15, Schwabach — 28, auf dem linken Ohr hört er Flüstern 6 m, Rinne + 20, Schwabach — 15. Normale Trommelfelle.

Der Patient sieht gut aus. Er klagt etwas über Schwindel (leugnet dasselbe bei späterer Untersuchung), Romberg +, doch nicht besonders ausgeprägt. Breitspuriger, atactischer Gang. Bei Bewegung der Extremitäten in liegender Stellung keine Ataxie. Sprechen, Schlucken und Kauen normal. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Atrophie. Die Patellarreflexe lebhaft, etwas Rigidität in den Beinen, aber Babinski +. Keine Sphincterstörung. Kein Zeichen von Gehirndruck. Bei der Augenuntersuchung werden der Visus, der Gesichtskreis und die Muskelverhältnisse als normal befunden. Der Augenhintergrund normal. Kein Nystagmus. Bei der Untersuchung mit Bezold's continuirlicher Tonreihe hört der Patient auf der linken Seite alle Töne, auf der rechten Seite nicht. Stimmgabel 2048 und höhere Töne.

Keine Reaction bei kalorischer Probe, auf keinem der Ohren, auch nicht bei Drehprobe, keine Schwindelempfindung. Beim Zeigeversuch normales Verhältniss. Während des Aufenthalts normale Temperatur. Der Patient wurde nach 14 Tagen in guter Besserung entlassen.

Hier liegt also nach einem Trauma, ausser einem peripheren, rechtsseitigen Ohrenleiden (Rinne +, kein Auffangen von höheren Tönen) ein centrales Leiden im hinteren Gehirn vor (Metencephalon). Da keine Entzündungs- oder Irritationssymptome (nur „Ausfallssymptome“ vorhanden sind, muss man annehmen, dass das Leiden abgelaufen ist und in einer narbigen Destruction des Nervengewebes auf Grund von Blutung nach dem Stoss besteht. Da man sich nicht gut denken kann, dass der Mangel an Reaction von beiden Nervi vestibulares eine periphere Ursache haben kann, giebt es nur eine centrale Stelle, wo eine geringere Blutung gleichzeitig beide Nerven angreifen kann, nämlich die Partie zwischen den Vestibularkernen (Deiters, Bechterew) und den Kernen der Augenmuskelnerven im Pons, wo die Ausläufer von beiden Seiten dicht nebeneinander gehen. In der Regel wird eine Blutung hier auch irgend einen oder mehrere Kerne der Augenmuskelnerven treffen; war dieselbe jedoch gering, konnten sie ja auch freigehen. Die übrigen Symptome vom Hinterhirn können durch eine Blutung im Vermis erklärt werden, während die Seitenlappen des Cerebellums unversehrt scheinen (normale Zeigeversuche).

3. Uchermann demonstrirte ein $4^1/_2$jähriges Mädchen, bei dem gerade wegen erschwertem Decanulement eine Spaltung des Arcus cricoideus mit darauf folgender Bolzung gemacht war (Uchermann's Methode). (15/16 14: Das Kind ist jetzt geheilt, die Canüle entfernt.)

4. Ferner wurde ein neuer Fall von multiplen Larynxpapillomen bei einem 8jährigen Mädchen berichtet, wo die Behandlung unter Schwebelaryngoskopie sich als leicht und zweckmässig erwies.

5. Schliesslich wurde ein 62jähriger Mann mit einem Tumor von der Grösse einer Fingerspitze an der hinteren Wand des Hypopharynx, in der Nähe des Oesophagusmundes, demonstrirt. Der Patient klagte seit drei Monaten über Schlingbeschwerden. Die Larynx ist frei. Man dachte daran, den Tumor durch Pharyngotomia lateralis zu entfernen und man sah denselben als bösartig an (zeigte sich bei der Operation als ein Fortsatz der Glandula thyreoidea: Gl. thyr. accessor. post.).

v. Uchermann.

Für die Redaction verantwortlich Prof Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, November. 1914. No. 11.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Delsaux. Der Beitrag der Belgier zur Gesammtheit der oto-rhino-laryngologischen Arbeiten im Laufe des Jahres 1913. (La contribution belge à l'ensemble de travaux oto-rhino-laryngologiques au cours de l'année 1913.)** *Presse oto-laryngologique belge. No. 1. 1914.*

Kurze Inhaltsangabe von 122 Arbeiten, die im Jahre 1913 den Beitrag der belgischen Autoren zur Fachliteratur bildeten. PARMENTIER.

2) **Max Toeplitz. 500 Untersuchungen von Nase und Hals in einer Anstalt für verbrecherisch veranlagte Knaben. (Five hundred examinations of the nose and throat in an institution for delinquent boys.)** *Medical Record. 14. März 1914.*

351 Fälle boten nicht normale Verhältnisse: 21 pCt. hatten vergrösserte Mandeln, 17 pCt. Adenoide und 23 pCt. beides; fast 30 pCt. waren normal. Die Operation war in allen Fällen, in denen eine solche erforderlich war, eine radicale, d. h. es wurden die Tonsillen enucleirt und die Adenoiden gründlichst ausgerottet. In einem Fall mit Herzfehler gab es eine äusserst starke Blutung nach der Operation. EMIL MAYER.

3) **A. Giannone. Ueber die Betheiligung der Plasmazellen bei den pathologischen Processen in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sur la participation des plasmacellules aux processes pathologiques en oto-rhino-laryngologie.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 1. 1914.*

Die Aufgabe bestand, die Häufigkeit der Plasmazellen bei den verschiedenen Erkrankungen (extradurale Granulome, Adenoide, Tuberculose, Polypen, Muskelhypertrophien, Rhinophyma, Sängerknötchen, kurz die ganze specialistische Pathologie), ihre verschiedene Anordnung im Gewebe und ihren Ursprung nachzuweisen. Der Autor giebt seine Resultate in einer Form wieder, die eine kurze Analyse unmöglich macht. LAUTMANN.

4) **Garcia Vicente** (Madrid). **Complicationen bei Variola auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie. (Complicaciones de la viruelo que entran en el dominio de la oto-rino-laringologia.)** *Rev. clinica de Madrid. 15. April 1914.*

Verf. hat Gelegenheit gehabt, 174 Pockenfälle zu beobachten und hat constatiren können, dass die Eruptionserscheinungen im Hals und in der Nase sehr frühzeitig auftraten und dass der Verlauf hier ein viel schnellerer ist als auf der Haut. Unter seinen Fällen gingen zwei in Folge Oedema glottidis zu Grunde, Pustelbildung im Naseneingang hat einige Male völlige Obliteration desselben zur Folge gehabt. Autoreferat.

5) **Schröder** (Schömberg). **Ueber neuere Medicamente und Nährmittel zur Behandlung der Tuberculose.** *Separatabdr. a. d. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 22. H. 2. 1914.*

Die moderne Tuberculintherapie trägt mehr und mehr dem von Schröder vertretenen Standpunkt Rechnung, dass kleinste Dosen in grösseren Zwischenräumen gegeben, die neue Injection vorsichtig in der Dosis ansteigend erst gemacht werden soll, wenn alle Reizerscheinungen der ersten verschwunden sind. Die Tuberculinempfindlichkeit der Behandelten muss erhalten bleiben. Ueber die Applicationsmethoden des Koch'schen Tuberculins, sowie über die anderen Tuberculine wird eingehender, zum Theil mit auf eigene Erfahrungen beruhender Kritik Bericht erstattet. Die schon anderweitig eingehender geäusserten Bedenken gegen das Friedmann-Mittel werden besonders scharf hervorgehoben.

Die Chemotherapie und Organotherapie finden die entsprechende und kritische Berücksichtigung.

Den Schluss der Zusammenstellung bildet ein Capitel über symptomatische Mittel und Nährpräparate, in welchem ausser den Literaturangaben die eigenen Erfahrungen des Verfassers zum Worte kommen. Mit der Gabe von Antipyreticis sollte man recht vorsichtig sein, zumal man dauernden Nutzen doch nicht von ihnen erwarten könne. SEIFERT.

6) **Gustav Spiess** und **Adolf Feldt** (Frankfurt a. M.). **Tuberculose und Goldkantharidin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. 1914.*

Goldkantharidin (Monokantharidylaethylendiaminaurocyanid) besitzt eine specifische Wirkung auf tuberculöse Herde, die der des Tuberculins ähnelt. Die Verff. appliciren eine 2,5proc. Lösung intravenös. Anfangsdosis für den Erwachsenen 0,025, Maximaldosis 0,075—0,1 g. — Die bei Lupus und Kehlkopftuberculose beobachteten Heilwirkungen sind sehr ermuthigend. Eine ausführliche Publication wird in Brauer's Beiträgen erscheinen. ZARNIKO.

7) **Strauss** (Barmen). **Die Kupferchemotherapie der Schleimhauttuberculose der oberen Luftwege mit Lebutyl-Inhalationen.** *Derm. Wochenschr. No. 34. 1914.*

Bei mehr als 160 Lupuskranken wurden, wenn es sich um eine Mitbetheiligung der Schleimhäute handelte, neben der Behandlung des äusseren Lupus von den Kranken zu Hause Inhalationen mit Lebutyl 1—2mal täglich 5—10 Minuten lang vorgenommen. Am besten bewährte sich bei diesen Inhalationen eine

Lebutylemulsion: Ungt. Lebutyl (Bayer) 20,2, Tinct. foeniculi 5,0, Saccharin 0,1, Paraff. liquid. ad 50,0. Die Erfolge waren vorzügliche.

SEIFERT.

8) **E. v. Tovölgyi** (Budapest). **Fall von Gesichtslupus mit Colibacillen behandelt.** *Verh. des königl. Aerztevereins zu Budapest. No. 7. 1914.*

Die Bacillen sollen aus dem gesunden Darm gezüchtet werden, pathogene Colibacillen sind schädlich. Auch bei Kehlkopftuberculose sind schöne Resultate erzielt worden.

POLYAK.

9) **Leonhard** (Mühlbach). **Ein mit Ulsanin geheilter Fall von Gesichts- und Nasenlupus.** *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1914.*

Aeusserst günstige Beeinflussung torpider Geschwüre speciell tuberculöser Haut- und Schleimhauterkrankungen.

HANSZEL.

10) **Jean Kottmaier. Die therapeutische Verwendung der Anilinfarbstoffe.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1914.*

Die Arbeit enthält eine sehr fleissige Zusammenstellung aller bisher in der Literatur verzeichneten Angaben über die therapeutische Verwendung der Anilinfarbstoffe. Die von Seifert, aus dessen Poliklinik diese Arbeit hervorgegangen ist, bei gewissen Dermatosen und bei Schleimhautaffectionen empfohlene Mischung von Methylenblau und Methylviolett hat Verf. mit Erfolg bei Tuberculosis laryngis, Lupus und verschiedenen Erkrankungen der Zunge und des Mundes, besonders bei Stomatitis aphthosa, angewandt.

FINDER.

11) **Giuseppe Leale. Therapeutische Anwendung des Alumnol in der Oto-Laryngoiatrie. (Applicazioni terapeutiche dell' alumnolo in otolaringoiatria.)** *Bollet. d. malattie dell' orecchio, della gola e del naso. Juni 1914.*

Verf. hat mit Pinselungen von 2proc. wässriger Alumnollösung 15 Fälle von chronischer Pharyngitis behandelt, bei denen nach 10—30 Tagen erhebliche Besserung erzielt wurde. Weniger zufriedenstellend waren die Erfolge bei chronischer katarrhalischer Rhinitis.

FINDER.

12) **J. Ziegler** (Kiefersfelden). **Meine Erfahrungen mit Providoform.** *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1914.*

Providoform ist ein von Bechhold in dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. synthetisch dargestelltes halbspecifisches Desinficiens, dessen genetischer Name Tribromnaphthol lautet. B. nennt es deshalb halbspecifisch, weil es auf gewisse Infectionserreger (Staphylokokken, Streptokokken und Diphtheriebacillen) eine enorme Wirkung ausübt. Bei der Durchprüfung dieses Präparats in der allgemeinen Praxis beobachtete Verf. eine ausgezeichnete Wirkung „bei vielen Fällen von Stomatitis, Rhinitis, Angina, selbst Diphtherie" bei Application einer 1proc. alkoholisch-wässrigen Providoformlösung mittels eines feinen Zerstäubers.

HECHT.

13) **Peter Como. Ueber Luminal.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1914.*

Verf. hat die Wirkung des Luminal zunächst im Thierversuch erprobt und es dann als Hypnoticum und Sedativum bei einem Krankenmaterial versucht, das



zumeist der Seifert'schen Poliklinik entstammte. Unter den für den Laryngologen in Betracht kommenden Erkrankungen, bei denen sich das Mittel als wirksam erwies, sind zu nennen: Laryngospasmus, Pertussis, Tb. laryngis (besonders zur Unterdrückung des Hustens und Herbeiführung von Schlaf), Rhino-Pharyngitis acuta, Bronchitis, hysterischer Husten, Ohrensausen.

FINDER.

14) **Meerowitsch** (Petersburg). **Lysinol und seine Anwendung in der Rhino-Laryngologie.** *Fortschr. d. Med. No. 21. 1914.*

Bei acuter Rhinitis, bei Reizerscheinungen und Schwellungszuständen im Larynx, sowie bei follikulärer Angina gute Erfolge von der localen Application des Lysinols.

SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

15) **Emil Mayer. Intranasale Behandlung der Dysmenorrhoe. (Intranasal treatment of dysmenorrhoea.)** *Journ. amer. med. assoc. 3. Januar 1914.*

Verf. hat Uterinbeschwerden durch Behandlung der „Genitalpunkte", d. h. des Tuberculum septi und des vorderen Theils der unteren Muschel behandelt. Von 93 so behandelten Patientinnen war nichts über den Erfolg bekannt bei 12, von den übrigbleibenden 81 wurde kein Resultat erzielt bei 19, Besserung bei 14 und Heilung bei 48. Drei wurden wegen Amenorrhoe behandelt und bei allen wurden die Menses regelmässig; vier wurden gravid, zwei davon zum ersten Mal. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Dauernde Besserung ist durch intranasale Behandlung zu erzielen in 50—75 pCt, der Fälle. 2. Die viermalige Application von Trichloressigsäure auf die Genitalpunkte und zwar in den Intervallen zwischen den Menstruationsperioden genügt gewöhnlich, um anhaltende Resultate zu erzielen. 3. Diese Behandlung bedeutet eine wertvolle Bereicherung unserer Therapie.

EMIL MAYER.

16) **Greenfield Sluder. Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Neuralgie des Ganglion sphenopalatinum. (Etiology, diagnosis, prognosis and treatment of sphenopalatine ganglion neuralgia.)** *Journ. amer. med. assoc. 27. September 1913.*

Wenn eine gerade Nadel durch die Nase in der Richtung nach hinten, oben und leicht aussen eingeführt wird, so dass sie sich der lateralen Nasenwand an einer Stelle nähert, die durch den Ursprung der hinteren Enden der knöchernen mittleren Muschel gekennzeichnet ist, so gelangt sie fast plötzlich an die vordere Wand der Fossa pterygo-maxillaris. Wird ihre Spitze um 0,66 cm nach hinten gestossen, so wird sie gewöhnlich in das Ganglion sphenopalatinum eindringen. Experimente haben jedoch gezeigt, dass es besser ist, die Nadelspitze 2 mm vor dem hinteren Ende der mittleren Muschel einzustechen: stösst man sie von diesem Punkt aus nach hinten, so dringt sie in einer Richtung etwas mehr nach oben und nach aussen vor, als von dem Punkt weiter rückwärts und trifft daher das Ganglion näher dessen Centrum. Bisweilen ist bei der genauen Placirung der Nadel die untere Muschel im Wege. Dies ist leicht der Fall, wenn die Muschel etwas höher an der lateralen Nasenwand sitzt. Unter diesen Umständen muss die

Nasenspitze gut in die Höhe gehoben werden; bisweilen muss auch mit der Nadel ein erheblicher Druck nach unten auf die untere Muschel ausgeübt werden, damit jene an ihr Ziel kommen kann.

Verf. wendet bei Neuralgie des Ganglion spheno-palat. Cocain an und lässt diesem die Application von Formaldehyd oder Argentum folgen. Versagt dies, so injicirt er in das Ganglion 95 proc. Alkohol, dem 5 pCt. Phenol zugesetzt sind. Ist das Resultat ungenügend oder tritt Recidiv ein, so injicirt er von neuem. Wenn die Schmerzen durch Cocain vergrössert werden, so verzichtet Verf. auf die Alkoholinjection.

EMIL MAYER.

17) **E. M. Holmes. Intranasale Behandlung des Meckel'schen Ganglion. (Intranasal treatment of Meckel's ganglion.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Juni 1913.*

Verf. macht während des Anfalls die Cocainprobe, indem er unter Leitung des Nasopharyngoskops, das durch die dem zu behandelnden Ganglion entgegengesetzte Nasenseite eingeführt wird, die dem Ganglion entsprechende Stelle mit einer Cocainlösung betupft. Dies geschieht, indem er die mit der Watte armirte Sonde durch den unteren Nasengang einführt; die Lage des Ganglion ist gerade entsprechend dem hinteren Ende der mittleren Muschel. Fällt die Cocainprobe positiv aus, d. h. hört der Schmerz auf oder lässt nach, so macht er mittels einer von ihm für diesen Zweck angegebenen Spritze ebenfalls unter Leitung des Pharyngoskops durch die Nase hindurch eine Alkoholinjection in das Ganglion.

EMIL MAYER.

18) **W. E. Sauer. Der endonasale Weg bei Fällen von Hypophysistumoren. (The endonasal route of attack in hypophyseal tumor cases.)** *Annals otology, rhinology and laryngology. December 1913.*

In dem vom Verf. mitgetheilten Fall bestand die Indication zur Operation in dem zunehmenden Verlust des Sehvermögens. Es wurde zuerst auf der linken Seite die mittlere Muschel entfernt, dann die submucöse Septumresection gemacht, die Schleimhaut an der vorderen Keilbeinhöhlenwand bei Seite geschoben, die Keilbeinhöhlenöffnungen erweitert, das Septum fortgenommen. Die obere Höhlenwand war stark in die Höhle vorgewölbt, sie wurde mit dem Meissel eröffnet und die Oeffnung dann mittels Zange erweitert, die Dura incidirt. Der Wundverlauf war normal. Der Erfolg bestand darin, dass Patient sich subjectiv wohler fühlte, dass das Sehvermögen sich erheblich besserte, der Umfang des Kopfes und der Füsse kleiner wurde.

EMIL MAYER.

19) **H. Neumann** (Wien). **2 Fälle von Hypophysentumor.** Sitzung d. k. k. Ges. d. Aerzte v. 12. Juni 1914. *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1914.*

N. operirte einen Fall nach der endonasalen Methode von Hirsch, den zweiten mittels Killian-Schnittes nach O. Chiari, war mit den Erfolgen bei beiden zufrieden. Der Weg nach der Methode Chiari ist um die Hälfte kürzer. Beide Methoden eignen sich seiner Meinung für cystische Tumoren der Hypophyse, während für solide Tumoren die Operation nach Schloffer in Betracht kommt.

HANSZEL.



20) **A. Onodi. Ueber die oculo-orbitalen, intracraniellen und cerebralen Complicationen nasalen Ursprungs.** *Med. Klinik. No. 17. 1914.*

Eine im Wesentlichen für den allgemeinen Praktiker bestimmte Arbeit, in der das über den Gegenstand Bekannte in übersichtlicher Weise zusammengefasst ist.

SEIFERT.

21) **E. v. Grósz** (Budapest). **Ueber Augenleiden, welche durch die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen verursacht werden.** *Verh. d. königl. Aerztevereins zu Budapest. No. 3. 1914.*

Zur nüchternen Kritik der Frage verwendet Verf. die Erfahrungen von zehn Jahren, welche er in seiner Universitäts-Augenklinik mit Hülfe von Paunz gesammelt hat. Allein im letzten Jahre sind unter 18567 Ambulanten 58 Fälle von rhinogener Sehnervenerkrankung vorgekommen, meistens unter dem Bilde der Neuritis retrobulbaris. Die Therapie betreffend verhält sich Verf. conservativ, nur wenn die medicamentöse und physikalische Therapie in mehreren Tagen ohne Erfolg bleibt, wird zur Nasenoperation geschritten.

POLYAK.

22) **Elschnig** (Prag). **Ueber die Bedeutung der Nasennebenhöhlenaffectionen in der Pathologie des Auges.** *Med. Klinik. No. 36. 1914.*

208 Fällen von Sehnervenerkrankungen, welche durch cerebrale resp. cerebrospinale Erkrankungen, durch Intoxicationen etc. verursacht waren, stehen in dem Krankenmaterial von Elschnig 35 Fälle von Sehnervenerkrankungen durch Nasennebenhöhlenaffectionen gegenüber, so dass letzterer Aetiologie fast 15 pCt. aller Sehnervenerkrankungen überhaupt in seinem Material zukommen. Die Bedeutung der Nasennebenhöhlenaffectionen für die Pathologie des Sehorgans ist eine so hohe, dass kein Fall von Sehnervenaffection für exact ätiologisch erforscht erklärt werden kann, in welchem nicht auch die Nasennebenhöhlen einer genauen Untersuchung unterzogen worden sind.

SEIFERT.

23) **Irene Markbreiter. Weitere Untersuchungen über die bei Nasen- und Nasennebenhöhlenkrankheiten vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 218. 1914.*

M. fand unter 100 an Eiterung der Nasennebenhöhlen leidenden Menschen bei 70 eine Gesichtsfeldveränderung, also bei mehr als zwei Drittel der Fälle. Bei drei der 70 Patienten war auch eine Neuritis des Nervus opticus vorhanden; bei allen übrigen dagegen bestand die Gesichtsfeldveränderung bei normalem Augenhintergrund und normaler Sehschärfe.

M. fand ferner nicht selten Gesichtsfeldausfälle nicht nur bei Empyemen, sondern auch bei allen möglichen anderen Nasenleiden.

Die Vergrösserung des blinden Fleckes ist sowohl bei Empymen der vorderen als auch der hinteren Nebenhöhlen nachweisbar; es ist somit die Anschauung von Hoeve und Kleyn, dass die Vergrösserung des blinden Fleckes nur bei Empyemen der hinteren Nebenhöhlen vorkommt, unrichtig.

OPPIKOFER.

24) **J. A. Stucky. Einige ernste Augenerkrankungen als Folge von Nebenhöhlenaffectionen. (Some serious eye conditions the result of intra-nasal accessory sinus disease.)** *Lancet clinic. 31. Januar 1914. The Laryngoscope. Januar 1914.*

Verf. sagt: „In den letzten drei Jahren fiel es mir ganz besonders auf, wie geringe intranasale Eingriffe erforderlich sind, um die complicirtesten und ernstesten Zustände, bei denen der Sehapparat die alarmirendsten Symptome darbietet, zu beheben.“ Verf. redet in Bezug auf die Nebenhöhlenchirurgie einem Mittelweg zwischen Conservatismus und Radicalismus das Wort; er hat dafür die schöne Bezeichnung „Conservativer Radicalismus“ gefunden. EMIL MAYER.

25) **James M. Passon. Aeussere Augenerkrankungen nasalen Ursprungs. (External eye disease of apparent nasal origin.)** *Medical Herald. Dec. 1913.*

Von 14 Fällen recidivirender Cornealreizung wurden 12 durch Fortnahme der mittleren Muschel geheilt. EMIL MAYER.

26) **E. Bobone. Acuter nicht traumatischer Abscess des Nasenseptums mit secundärem subacutem Abscess der Thränengegend auf derselben Seite. (Ascesso acuto non traumatico del setto nasale con ascesso secondario sottocutaneo della regione lacrimale dell' istesse late.)** *Bollet. mal. dell' orecchio. März 1914.*

33jähriger Arbeiter, Heizer in einer Fettraffinerie. Möglicherweise kam die Infection dadurch zu Stande, dass er mit schmutzigem Finger in der Nase gebohrt hatte. Verf. glaubt, dass der secundäre Abscess in der Thränengegend nicht per continuitatem entstanden sei, sondern durch Infection auf dem Blutwege.

CALAMIDA.

27) **J. J. Dalmeyer. Ein Fall von Hirnmykose. (Een geval van hersenschimmel.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 2126. 1913.*

Bei der Patientin hatten Erscheinungen einer Geschwulst tief in der Augenhöhle bestanden (rechts Amaurose, Schmerzen im Trigeminus, Exophthalmus, Paralyse sämmtlicher Augenmuskeln). Es war eine Ausräumung der Augenhöhle verrichtet, jedoch makroskopisch nichts Abnormes im Inhalt der Augenhöhle gefunden. Bei der Section fand man eine entzündliche Neubildung im Sinus cavernosus und dessen Umgebung. Histologisch und culturell konnte Aspergillus fumigatus nachgewiesen werden. Es bestanden Lücken im grossen Flügel des Keilbeins. Mit der Sonde drang man dort hindurch in den Processus alveolaris des Oberkiefers. Aeusserer Umstände wegen konnten die Nebenhöhlen nicht weiter untersucht werden. Wahrscheinlich ist die Entzündung von der Kieferhöhle ausgegangen. VAN GILSE.

28) **Ehrenfried Cramer** (Cottbus). **Beitrag zur Lehre von den Knochengeschwülsten der Augenhöhle.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli/Aug. 1914.*

Mittheilung eines Falles. Das ganze rechte Augenhöhlengebiet war stark entzündlich geschwollen und vorgetrieben. Die Schwellung begann auf dem

Nasenrücken mit einem kugligen, steinharten Gebilde, wie eine Fingerkuppe. Rechte Nase für Luft undurchgängig; als Ursache fand sich eine schneeweisse in den hinteren Theil des mittleren Nasenganges sich vorwölbende knochenharte Masse, die zunächst für eine Knochenblase gehalten wurde. Operation: Schnitt ähnlich wie bei der Killian'schen Radicaloperation. Als man am Nasenrücken ankam, trat ein kugliges Knochengebilde ohne Knochenhaut vor. Beim Weiterpräpariren an der Geschwulst entleerte sich plötzlich eine grosse Menge pechschwarzer wässriger leicht schleimiger Flüssigkeit. Das kuglige Knochengebilde lag am Nasenfortsatz des Oberkiefers und am Stirnbein, war aber mit diesen nicht organisch verbunden, sondern liess sich mit der Knochenzange ohne grosse Gewalt aus der Tiefe herausholen. Die Länge betrug 3,5 cm, die Höhe 2,2 cm, die Dicke zwischen 1,1 und 2,1 cm. Die der unteren und inneren Augenhöhlenwand zugekehrte Seite der Knochengeschwulst war ausgehöhlt und von einem fast schwarzen Detritus und einem kleinen Sequester erfüllt. Der Knochenkörper war elfenbeinhart. Nach Reinigung der Wundhöhle sah man in der Siebbeingegend einen glänzenden, weissgelben, glatten, nach dem mittleren Nasengang gerichteten Körper. Er wurde mit der Knochenzange gelockert und erwies sich als eine haselnussgrosse Knochengeschwulst von gleicher Beschaffenheit wie die erste entwickelte. Eine dritte Geschwulst von derselben Art wurde dann noch am inneren Augenhöhlenrand gefunden. Jede Verbindung nach der Stirnhöhle fehlte. Verf. giebt folgende Erklärung für seinen Fall: „Eine der Siebbeinzellengegend aufliegende, offenbar sehr dünnwandige Cyste mit dem beschriebenen Inhalt hat ihre augapfelwärts gelegene Wand unter einem unbekannten Reiz . . . . . in eine Knochenhülle verwandelt, die dann selbständig weitergewachsen ist."

FINDER.

29) **Struycken. Eiterung der Nebenhöhlen mit Störung seitens des Auges.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 6. S. 448.*

Krankendemonstration.

VAN GILSE.

30) **W. Zemann** (Wien). **Ueber die anatomischen Lagebeziehungen des Thränensackes zur Nase, sowie über eine Methode zur Bestimmung der Lage des Thränensackes an der seitlichen Nasenwand.** *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Die bisher als Orientirungspunkte hervorgehobenen Torus lacrymalis und Ansatzstelle der mittleren Muschel kommen nach Untersuchungen des Verfassers als anatomisch scharf präcisirte natürliche Orientirungspunkte nur in so seltenen Fällen in Betracht, dass er einen Tastzirkel construirte, der durch Fixirung eines bestimmten Punktes der lateralen Thränensackwand die Auffindung der diesem fixirten Punkte entsprechenden Stelle der lateralen Nasenwand ermöglicht. Es lässt sich von vornherein bestimmen, ob die vordere Ansatzstelle der mittleren Muschel dem Thränensack vorgelagert ist und entfernt werden muss; auch kann die „Zwischenschicht" in Millimetern an dem an den Handhaben angebrachten Maasstabe abgelesen werden.

W. SOBERNHEIM.

31) A. v. Szily (Freiburg). **Die Pathologie des Thränensackes und des Ductus nase-lacrimalis im Röntgenbild.** *Klin.. Monatsbl. f. Augenheilk. Juni 1914.*

Da die üblichen diagnostischen Methoden uns nur sehr unvollknmmenen Aufschluss über Form und Gestalt des Thränensackes und Ductus nasolacrimalis in normalem und pathologischem Zustande geben, so hat Verf. als diagnostisches Hülfsmittel die Röntgenaufnahme der mittels einer schattenspendenden Masse ausgefüllten Thränenableitungswege vorgeschlagen. Als die geeignetste Ausgussmasse hat er das Thorium oxydatum anhydricum (Merck) befunden, das mit flüssigem Paraffin zu einem Brei verarbeitet wird. Dieser Brei wird mittels einer gewöhnlichen Thränensackspritze eingespritzt und es werden von jedem Fall zwei Platten angefertigt, eine seitliche und eine von hinten. Die injicirte Masse lässt sich am besten durch Durchspülen mit Cocain-Adrenalinlösung entfernen. Verf. rühmt dem Verfahren nach, dass es ein gutes, den natürlichen Verhältnissen nahekommendes Bild vor allem von der Configuration der Thränenwege und ihren Beziehungen zu den angrenzenden Knochentheilen giebt, dass es besonders werthvoll sich dort erweist, wo es sich um pathologische Formveränderungen, Erweiterungen und Stenosen der Thränenwege handelt, und spricht die Hoffnung aus, dass es berufen sein dürfte, zur genaueren Beurtheilung der Indicationen für operative Maassregeln an den Thränenwegen und ihrem Erfolge beizutragen.

Der Arbeit sind eine Anzahl Radiogramme beigegeben. FINDER.

32) A. Löwenstein (Prag). **Dacryecysterhinostemie nach Toti.** *Wissensch. Ges. deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung vom 25. Juni 1914.*

Bericht über 64 Fälle, welche nach Toti von der Prager deutschen Augenklinik operirt wurden. Dabei stieg der Procentsatz der Volleffecte (spontane Abfuhr von in den Bindehautsack eingetropften Fluorescein in die Nase) von 45 pCt. auf 60,5 pCt. In keinem einzigen Falle wurde nach der Operation Thränenträufeln beobachtet, in allen war das Durchspülen von den Thränenröhrchen aus glatt durchführbar. Von Interesse ist, dass in 65,4 pCt. vorliegende, sicher erkrankte Siebbeinzellen von der Operationswunde aus ausgeräumt werden mussten. Wie bekannt, resecirt Toti nach einem bogenförmigen Hautschnitt über der Crista lacrymalis (wie bei der Thränensackexstirpation) das nasale Thränensackbett, d. h. den Knochenantheil, welcher die Fossa sacci lacrymalis bildet, sowie die mediale Thränensackwand. Nach Eröffnung der freiliegenden Nasenschleimhaut kommt die laterale Thränensackhälfte mit der Einmündung der Thränenröhrchen in den Defect der knöchernen Nase zu liegen. L. hat nun die Operation technisch erleichtert, indem der Knochendefect mit einem eigens angefertigten Krontrepan gesetzt und dabei genau dosirt wird. Die Eröffnung des Knochens wird mit diesem Trepan auch an dem gewöhnlich sehr dicken aufsteigenden Oberkieferfortsatz technisch sehr leicht und die Operation zeitlich erheblich abgekürzt, wobei der Wegfall des Hämmerns, das die nicht narkotisirten Patienten sehr erschreckt, als ein Vortheil zu bezeichnen ist. Als einen weiteren Vortheil dieser Methode gegenüber der intranasalen Eröffnung des Thränensackes rühmt der Vortragende die durch den Knochendefect erzielte weitaus bessere Uebersicht über eventuell erkrankte Siebbeinzellen, deren Erkrankung nach den

neuesten Ergebnissen sehr häufig die Ursache der Thränensackerkrankung ist. Gegenüber dieser leichteren Zugänglichkeit zum Operationsfelde gestalte sich die Freilegung des Operationsfeldes bei der intranasalen Eröffnung des Thränensackes nach den von West und Polyak geübten Methoden oft erheblich schwierig, da oft erst eingreifende vorbereitende intranasale Eingriffe (radicale Ausräumungen von Nebenhöhlen, Septumoperationen etc.) vorgenommen werden müssen.

STEINER (PRAG).

33) A. **Löwenstein. Dacryocysterhinostomie nach Toti oder Eröffnung des Thränensackes von der Nase aus (West-Polyak)?** *Prager med. Wochenschr. No. 38. 1914.*

Verf. vertheidigt in ausführlicher Erörterung die Dacryocystorhinostomie nach Toti gegenüber der gleichzeitig von West und Polyak angegebenen Eröffnung des Thränensackes, wobei bekanntlich die Resection des Thränenbeines und der nasalen Wand des Thränensackes von der Nase aus erfolgt. Die deutsche Universitäts-Augenklinik (Prof. Elschnig), welche schon seit längerer Zeit auf dem Standpunkte der Annahme einen engen Connexes zwischen Nasen- und Thränensackleiden steht, gehört zu den ersten, welche die Toti'sche Operation an grösserem Material erprobt und ihre Vorzüge gewürdigt haben. Der Autor ist der Meinung, dass die Toti'sche Operation, der sich erst in letzter Zeit wiederum das Interesse der Ophthalmologen zuwendet, durch die intranasale Eröffnung des Thränensackes nicht verdrängt werden soll, da von den angeblichen Vorzügen der West-Polyak'schen Operation gegenüber dem Original-Toti nichts übrig bliebe, als die Vermeidung einer äusserlich sichtbaren Narbe. Der Autor verweist diesbezüglich darauf, dass die Hautnarbe in allen Fällen nur bei genauester Inspection überhaupt erkennbar war. Es müsse nur der Hautschnitt sehr exact mit feinster Seide vernäht werden.

Nach Ansicht des Referenten sollte die intranasale Eröffnung des Thränensackes, weil anscheinend technisch schwieriger, nicht von der Toti'schen Operation verdrängt werden, weil ein Hauptvorzug der rhinologischen Methode West-Polyak's abgesehen von dem Fehlen einer äusserlich sichtbaren Narbe auch darin zu erblicken ist, dass sie beginnende Phlegmonen von der Nase aus zum Abheilen bringt, wie dies West am heurigen Laryngologentag in Kiel neuerlich betont hat. Dabei wies er nachdrücklichst darauf hin, dass seine Methode nichts weiter sei als eine einfache Eröffnung des Saccus unter Schonung der unteren Muschel; der Ductus wird dabei nicht eröffnet (im Gegensatz zu Polyak), so dass die von West ausgebildete Methode als eine einfache Rhino-Dacryocystostomie bezeichnet werden muss.

STEINER (PRAG).

34) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber die Heilung der Thränensackerkrankungen durch directe Operation von der Nase aus. (Intranasale Dacryocystostomie.)** *Verh. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 2. 1914.*

Vortr. befasst sich mit der Aufgabe, die Toti'sche Operation in ihrer ganzen Ausdehnung, jedoch ohne Anlegung einer äusseren Wunde intranasal auszuführen. Ansatzstelle der mittleren Muschel und Siebbeinzellen erschweren zuweilen die

Aufgabe. West hat seine frühere Fensterresection des Ductus unter dem Einflusse von Verfassers erster Publication aufgegeben und operirt jetzt ebenfalls direct an dem Saccus, seine Methode hat er aber hauptsächlich vom Verfasser und ausserdem von Halle entlehnt, ohne die Quellen zu erwähnen. Der Prioritätsstreit ist am Laryngologentage 1913 in Stuttgart zu Gunsten des Verfassers erledigt worden.

Die Technik der Operation besteht in der Zubereitung eines Schleimhautperiostlappens nach Halle, welcher beibehalten wird, breiter Aufmeisselung des Knochens (Stirnfortsatz des Oberkiefers, Thränenbein, eventuell auch prälacrymale Siebbeinzellen) und die Oeffnung wird zuweilen mit Verfassers Knochenstanzen erweitert, bis der Sack ganz freiliegt.

Keine Spaltung der Canaliculi, keine Sondirung von aussen. Die nasale Wand des Sackes erscheint unter Druck von aussen (Gegendruck) in der Nase, und wird vollständig abgetragen (Toti) und hierauf der Lappen reponirt.

Bis Ende 1913 sind 70 Fälle operirt worden. Davon sind geheilt auf die erste Operation 50, auf einen zweiten Eingriff 3, mit augenärztlicher Nachbehandlung 3, im Ganzen 56 = 80 pCt.; gebessert auf die erste Operation 7, auf einen zweiten Eingriff 1, im Ganzen 8 = 11,4 pCt. und ungeheilt wegen Verschlusses der Oeffnung 4, weil noch augenärztliche Nachbehandlung nöthig ist: 2, im Ganzen 6 = 8,6 pCt. Vortragender betrachtet aber die gebesserten Fälle auch für ungeheilt, weil er hofft, dass in Fällen, wo noch ein Thränenpunkt und Thränenkanälchen intact sind, durch einen zweiten Eingriff vollständige Heilung zu erzielen.

Die schönsten Erfolge kann man bei eitriger Dacryocystitis erzielen, ausserdem heilen aber ohne äussere Incision ganz sicher die Fälle mit acuter oder chronischer Fistelbildung, auch Tuberculose des Sackes scheint der Heilung zugänglich zu sein, wenn die deckende Haut noch gesund ist; ferner gelang es Verf. in 3 Fällen, wo nach Exstirpation des Sackes von aussen Eiterung und Fistelbildung zurückblieb, vollständige Heilung mit Herstellung der Thränenableitung zu erzielen.

Discussion:

E. v. Grósz spricht als Vertreter der Ophthalmologie sich dahin aus, dass bei der Aufstellung der Indicationen die Vertreter beider Fächer gemeinsam vorgehen sollen. Die conservativen Methoden behalten in entsprechenden Fällen ihre Berechtigung, sind sie aber aus anatomischen Gründen unausführbar, oder verlangt die sociale Lage des Patienten eine raschere Hülfe, und ist eine Eiterung vorhanden, dann muss diese Eiterung rasch sistirt werden, weil sie für die Cornea und für das Sehvermögen eine Gefahr bedeutet. Die radicalste Hülfe wäre die Exstirpation des Sackes, dadurch wird aber Thränenträufeln permanent gemacht. Demgegenüber ist die Toti'sche Operation mit der Modification von Blaskovics ein Fortschritt, wir wissen es aber heute noch nicht, ob sie die Eiterung so sicher und schnell sistirt, wie die Exstirpation. Die Polyák'sche Operation ist noch vollkommener, weil sie intranasal gemacht wird und besonders in Fällen, wo die Siebbeinzellen auch krank sind, rationeller ist. Die Technik dieser Operationen ist nicht leicht, dass aber die Polyák'sche Operation keine unüberwindlichen Schwierigkeiten bietet, davon hat er sich in Fällen, welche von Polyák und Paunz operirt worden sind, überzeugt.

neuesten Ergebnissen sehr häufig die Ursache der Thränensackerkran
Gegenüber dieser leichteren Zugänglichkeit zum Operationsfelde gestal
Freilegung des Operationsfeldes bei der intranasalen Eröffnung des Th
nach den von West und Polyak geübten Methoden oft erheblich
oft erst eingreifende vorbereitende intranasale Eingriffe (radicale
von Nebenhöhlen, Septumoperationen etc.) vorgenommen werden

33) **A. Löwenstein. Dacryocystorhinostomie nach Toti** r
Thränensackes von der Nase aus (West-Polyak)? *Pra*
No. 38. 1914.

Verf. vertheidigt in ausführlicher Erörterung die
nach Toti gegenüber der gleichzeitig von West und P
öffnung des Thränensackes, wobei bekanntlich die Re
und der nasalen Wand des Thränensackes von der Na
Universitäts-Augenklinik (Prof. Elschnig), welche
dem Standpunkte der Annahme einen engen Co
Thränensackleiden steht, gehört zu den ersten, wel
grösserem Material erprobt und ihre Vorzüge gew
Meinung, dass die Toti'sche Operation, der sich
Interesse der Ophthalmologen zuwendet, dur
Thränensackes nicht verdrängt werden soll, da
West-Polyak'schen Operation gegenüber de
als die Vermeidung einer äusserlich sichtb
bezüglich darauf, dass die Hautnarbe in all
überhaupt erkennbar war. Es müsse nur
Seide vernäht werden.

Nach Ansicht des Referenten sollte ... die
sackes, weil anscheinend technisch s ... phy zu
ration verdrängt werden, weil ein Ha
Polyak's abgesehen von dem Fehler
zu erblicken ist, dass sie beginnend
bringt, wie dies West am heurige
Dabei wies er nachdrücklichst da
als eine einfache Eröffnung
Muschel; der Ductus wird da
dass die von West ausgebild
cystostomie bezeichnet we

LAUTMANN.

34) **L. Polyák** (Budapest
durch directe Operatio
Verh. des königl. Aerz

Vortr. befasst sicl
Ausdehnung, jedoch o
Ansatzstelle der mit

... **nen und angeborenen**
S. 289.

... lung, die zahnärztliche Pro-
... peciell die Paraffininjektion. Je
... chlusses wird das Paraffin in die
... Wand des Epipharynx oder in die
Paraffin mit einem Schmelzpunkt von
... ünings. Bei Gaumendefekten nach Lues

OPPIKOFER.

... **rage des Verschlusses der Kieferspalte bei „ein-**
... **spalte".** *Centralbl. f. Chir. No. 12. 1914.*

... von Zahnkeimen vermieden werde, hält Verf. für eine
... andlung der Kiefergaumenspalte.

SEIFERT.

Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung.
ᐧerklinik München (Prof. Dr. W. Herzog). *Münchener*
'014.

ᐧignete Arbeit muss im Original nachgelesen

HECHT.

Gaumenresection. *Berliner klin.*

ᐧkannte Operation (quere
ᐧ, Herabklappung um
ᐧht ist, Reposition
der Tumoren).
Schonung
auch

ᐧNIKO.

ᐧphylaxe. Aus der
ᐧquet). *Münchener*

. für Schulen, Anstalten etc.
ᐧmtlicher in Betracht kommen-
ᐧirung und facultativer Serum-
ᐧlepidemie gestaltet sich das Vor-

ᐧuchung sämmtlicher gegenüber einem
ᐧPersonen mit Wiederholung nach längstens

ᐧbakteriologisch verdächtigen Individuen.
ᐧt, aber nur bis nach Beendigung einer gründlichen

ᐧentlichen Maassregeln zur Erstickung der Epidemie er-
ᐧrgehen dient zur Behandlung der Bacillenträger:
ᐧToxininjection (Technik derselben, siehe Schick, Diese
ᐧ3).
ᐧhandlung nur der positiv Reagirenden.
ᐧge ambulatorische Ueberwachung mit wiederholter bakteriologischer
ᐧcher Controle.
ᐧapeutisch haben sich die consequent durchgeführten Mund- und Rachen-
ᐧn mit ziemlich starken Wasserstoffsuperoxydlösungen 0,5 pCt. verhältniss-
ᐧam besten bewährt.
Anschliessend illustrirt Verf. den Erfolg eines derartigen Vorgehens durch
ᐧn Bericht über das Erlöschen einer beginnenden Diphtherieepidemie in einem
ᐧWiener Jugendfürsorgeverein.

HECHT

M. Paunz: Die Grundidee der Polyák'schen Operation ist gut und die Ausführung nicht schwieriger, wie bei ähnlichen intranasalen Operationen. Redner hat bis jetzt 5 Fälle mit vollem Erfolge operirt; dadurch dass die Thränenableitung — wie bei der Toti'schen Operation — intact bleibt, steht diese Operation hoch über der von augenärztlicher Seite bevorzugten Sackexstirpation. Die Polyák'sche Operation ist zweifellos gleichwerthig mit der Toti'schen Operation und wird in der Praxis, da keine äussere Wunde oder Narbe zurückbleibt, besonders bei Frauen häufig ausgeführt werden.

POLYAK.

35) **Borys Choronshitzky sen.** (Warschau). **Die percanaliculäre Thränensackdurchstechung als Einleitung zur intranasalen Thränensackeröffnung und als selbständige Operation.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 28. H. 3. 1914.*

In den Fällen einer normal entwickelten Muschel, bei denen der unbedeckte vorspringende Theil des Thränenbeins — Torus lacrymalis internus — frei zu Tage tritt, ist die Eröffnung des Thränensackes sehr leicht ohne Weiteres auszuführen, indem man den gebogenen Hohlmeissel 2—3 mm vor der Hervorwölbung ansetzt und den hinteren ausgeschweiften Rand des Processus frontalis des Os maxillare und einen Theil des Thränenbeins abschlägt. — Bei Complicationen, besonders bei Hyperplasie des vorderen Endes der mittleren Muschel erleichtert die percanaliculäre Thränensackdurchstechung die Operation wesentlich. In das untere Thränenkanälchen wird eine kräftige schlanke stachelförmige Sonde eingeführt, die bis in den Thränensack vorgeschoben, die Grubenwand durchsticht, ohne das Thränenkanälchen einzureissen. Das Operationsfeld ist durch das Erscheinen der Sonde am vorderen Ende der mittleren Muschel festgestellt. Der gebogene Hohlmeissel wird 5—6 cm vor der Stichöffnung angelegt; der Stachel wird vor dem ersten Meisselschlag herausgezogen. — Einige Beobachtungen des Verfassers scheinen dafür zu sprechen, dass die Thränensackdurchstechung als selbständige Operation mit Erfolg angewandt werden kann; man kann sie eventuell ausführen, ohne rhinoskopiren zu können und nachträglich einige Zeit von oben durch den Thränenpunkt die Stichöffnung sondiren. Eine Drainage kann durch einen eingelegten Seidenfaden, der mittelst an Arterienklemme gehaltener Nadel eingeführt wird, hergestellt werden.

v. SOBERNHEIM.

c) Mundrachenhöhle.

36) **J. B. Stein. Diagnose der Stomatitis gonorrhoica. (Diagnosis of gonorrheal stomatitis.)** *Medical Record. 9. August 1913.*

Verf. bespricht die Schwierigkeit der Diagnose; dieselbe kann nur auf bakteriologischem Wege gestellt werden. Da aber auch Meningokokken vorkommen und diese morphologisch und tinctoriell sich den Gonokokken fast gleich verhalten, so ist die Unterscheidung nur auf culturellem Wege möglich.

EMIL MAYER.

37) **H. Matagne. Ein seltener Fall von Stomatitis herpetica. (Un cas rare de stomatite herpétique.)** *Annales de la policlinique centrale de Bruxelles. Februar 1914.*

Bemerkenswerth ist erstens die Hartnäckigkeit des Leidens, es besteht seit

7 Jahren, ferner die Ausdehnung der Ulcerationen; als Verf. den Patienten zuerst sah, war auf der Oberlippe eine Ulceration von der Grösse eines 50 Ctm.-Stücks, deren Basis indurirt war. Man dachte zuerst an Carcinom oder Syphilis; gegen jenes sprach die Anamnese, gegen dieses der negative Ausfall der Wassermannreaction. In der Folge wurde die Entstehung weiterer Geschwüre auf Lippen, Zunge, Mundschleimhaut beobachtet. Sie entstanden aus einer von geröthetem Hof umgebenen Blase. Verf. glaubt, dass Chlorkalium, innerlich und äusserlich angewandt, das beste Mittel in diesen Fällen ist.

PARMENTIER.

38) **Tiedemann** (Hannover). **Zur Therapie der Tuberculose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. H. 5/6. 1914.*

Ein sehr hartnäckiger Fall von Lupus der Mund- und Rachenschleimhaut wurde durch Mesothorium zur Heilung gebracht. Im Ganzen waren 20 Sitzungen, die sich auf 10 Wochen vertheilten, erforderlich. Die einzelne Sitzungsdauer betrug $^1/_2$ Stunde.

SEIFERT.

39) **Samuel Hoston Brown. Angina Ludovici (Ludwig's Angina).** *Medical Record. 6. September 1913.*

Das Interesse des mitgetheilten Falles beruht in erster Linie darin, dass er durch Anwendung einer Streptokokkenvaccine in der Dosis von 10 Millionen geheilt wurde. Es trat keine Reaction auf. Vf. plaidirt für möglichst frühzeitige Incision, um Gangrän des Mundbodens zu verhüten.

EMIL MAYER.

40) **Brodfeld** (Krakau). **Tuberculöses Geschwür der Zunge.** *Med. Klinik. No. 30. 1914.*

Bei einem Soldaten fand sich ein Geschwür am rechten Zungenrand, an den Rändern sowie in der Mitte des Geschwürs graugelbe Knötchen, Tuberkelbacillen im Geschwürssecret. Auffallender Weise Wassermann positiv. Heilung unter Aetzungen mit Milchsäure.

SEIFERT.

41) **Purjesz** und **Perl** (Kolozsvár). **Ueber den Ptyalingehalt des Speichels.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 32. 1913.*

U. a. zeigte es sich, dass die entstandene Zuckermenge bei gesunden Zähnen grösser ist, es können aber daraus keine weitgehenden Schlüsse gezogen werden, da der Zersetzungsgrad der Stärke allein nicht genug maassgebend ist.

HANSZEL.

42) **O. Heinemann** (Berlin). **Zur Diagnose der Speichelsteine.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. 1914.*

Unter Hinweis auf seinen in No. 35/1913 in dieser Wochenschrift mitgetheilten Fall von Speichelstein, der zu einer irrigen Carcinomdiagnose geführt hatte, berichtet Verf. heute über einen neuen Fall von Stein der Submaxillaris, der mit seinen entzündlichen Erscheinungen eine Lymphadenitis acuta am Halse vortäuschte, aber — wie die mitgetheilte Krankengeschichte zeigt — bei genauer Untersuchung zu richtiger Diagnose führte. Verf. weist auf die diagnostische Bedeutung der Speichelgangsondirung hin, die man in unklaren Fällen nicht unter-

lassen solle. Diese Untersuchung ist beim Ductus Wharton., um den es sich meist handelt, nicht besonders schwierig, nur muss man recht feine Sonden anwenden. Die gewöhnlichen Sonden sind viel zu dick und unbrauchbar. Am besten eignen sich die feinsten Nummern der Augensonden, welche zur Sondirung der Thränenwege dienen. Gelingt die Sondirung nicht, so kann man nöthigenfalls die Gangmündung schlitzen, wie es die Augenärzte bei den Thränenpunkten machen.

HECHT.

43) **R. Kokubu** (Fukuoka). **Ueber die objectiv hörbaren Ohrgeräusche mit Gaumenkrampf.** *Rinsho-Igaku. 1. Jahrg. No. 3. 1913.*

Nach übersichtlicher Beschreibung der Ursachen und Arten der objektiven Ohrgeräusche nach 20 in der Literatur gesammelten ähnlichen Fällen theilt Verf. einen Fall mit. Eine nervöse 31 jährige Frau bemerkt rhythmische Geräusche im rechten Ohr, welche durch Schluckakt ausgelöst und objektiv wahrnommen werden. Die Zahl der klinischen Gaumenkrämpfe beträgt 75 in der Minute. Die Geräusche entstehen durch die elastische Trennung der mit zähem Sekret überzogenen Schleimhaut des Levator veli palat. von der Tubenwandung.

KUBO.

44) **Ch. Lenormant. Die angeborenen Gaumenspalten und deren Behandlung nach Brophy. (Le traitement des divisions congénitales du palais etc.)** *Presse médicale. No. 17. 1914.*

Die Veröffentlichung Kraeger's (im Archiv f. klin. Chir. Bd. 103. S. 255. 1914.) über die Resultate der Operation nach Brophy gibt Verf. Gelegenheit zu einer kritischen Besprechung dieser Operation, die von Rhinologen eigentlich wenig gepflegt wird und auch in den grösseren rhinologischen Werken bisher selten erwähnt wird. Nach der Kritik des Verf.'s zu schliessen, liegt wenig Grund vor, die bisher geübte Operation von Langenbeck gegen die Methode von Brophy zu vertauschen.

LAUTMANN.

45) **F. Neumann** (Wien). **Beitrag zur Therapie der erworbenen und angeborenen Gaumendefecte.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 289.*

Besprochen werden die sprachärztliche Behandlung, die zahnärztliche Prothese, die operative Deckung des Defektes und speciell die Paraffininjektion. Je nach dem lokalen Befunde des Epipharynxabschlusses wird das Paraffin in die hintere Fläche des Velums, in die hintere Wand des Epipharynx oder in die Seitenwände eingespritzt. Verf. benutzt Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 42° C. und die Paraffinspritze nach Brünings. Bei Gaumendefekten nach Lues kann die Injektion schwierig sein.

OPPIKOFER.

46) **Drachter** (Minden). **Zur Frage des Verschlusses der Kieferspalte bei „einseitig durchgehender Gaumenspalte".** *Centralbl. f. Chir. No. 12. 1914.*

Dass eine Zerstörung von Zahnkeimen vermieden werde, hält Verf. für eine Grundforderung in der Behandlung der Kiefergaumenspalte.

SEIFERT.

47) **Richard Drachter. Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung.** Aus der chirurg. Univ.-Kinderklinik München (Prof. Dr. W. Herzog). *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1914.*

Die zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

48) **C. Partsch** (Berlin). **Ueber temperäre Gaumenresection.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. 1914.*

Vortrag über die den Lesern dieser Berichte bekannte Operation (quere Durchtrennung der Oberkiefer oberhalb der Alveolarfortsätze, Herabklappung um ein Charnier, das durch die hinteren Ecken der Oberkiefer gedacht ist, Reposition und Fixation durch Schleimhautnähte nach Vollendung der Operation der Tumoren). Verf. weist auf die vortreffliche Uebersichtlichkeit des Terrains hin, auf die Schonung der Zähne, auf die Möglichkeit die Kuhn'sche Tubage zu verwenden, sich auch unter Umständen lediglich der Infiltrationsanästhesirung zu bedienen.

ZARNIKO.

d) Diphtherie und Croup.

49) **Karl Kassowitz. Beitrag zur Methodik der Diphtherieprophylaxe.** Aus der k. k. Univ.-Kinderklinik (Vorstand: Prof. C. Freiherr v. Pirquet). *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1914.*

Zur wirksamen Diphtherieprophylaxe empfiehlt Verf. für Schulen, Anstalten etc. die combinirte bakteriologisch-serologische Prüfung sämmtlicher in Betracht kommender Individuen mit nachfolgender facultativer Isolirung und facultativer Serumprophylaxe. Im Falle einer Anstalts- oder Schulepidemie gestaltet sich das Vorgehen folgendermaassen:

1. Bakteriologisch-culturelle Untersuchung sämmtlicher gegenüber einem Kranken irgend wie exponirt gewesenen Personen mit Wiederholung nach längstens einer Woche.
2. Sofortige Entfernung der bakteriologisch verdächtigen Individuen.
3. Schliessung der Anstalt, aber nur bis nach Beendigung einer gründlichen Desinfection.

Hiermit sind die eigentlichen Maassregeln zur Erstickung der Epidemie erschöpft. Das weitere Vorgehen dient zur Behandlung der Bacillenträger:

1. Intracutane Toxininjection (Technik derselben, siehe Schick, Diese Wochenschrift. 1913).
2. Serumbehandlung nur der positiv Reagirenden.
3. Ständige ambulatorische Ueberwachung mit wiederholter bakteriologischer und serologischer Controle.

Therapeutisch haben sich die consequent durchgeführten Mund- und Rachenspülungen mit ziemlich starken Wasserstoffsuperoxydlösungen 0,5 pCt. verhältnissmässig am besten bewährt.

Anschliessend illustrirt Verf. den Erfolg eines derartigen Vorgehens durch den Bericht über das Erlöschen einer beginnenden Diphtherieepidemie in einem Wiener Jugendfürsorgeverein.

HECHT

50) **N. Goormachtigh** (Gent). **Ungenügende Function der Nebennieren bei Diphtherie. (Onveldoende werking der bijnieren bij diphteritis.)** *Handel. XVII. Vlaamph Natuur- en Geneesk. Congres Gent 1913. Gent 1914.*

Bei einem 10jährigen Kinde Rachendiphtherie, Serumeinspritzung, gute Besserung. Am 14. Krankheitstage plötzlich heftiges Erbrechen, leichte Empfindlichkeit des Abdomens, Apathie, ungestörtes Sensorium, Pulsus filiformis, kalte Extremitäten, Asthenie, niedrige Temperatur, Sergent'sches Zeichen (Dermatographie mit weisser Reaction). Keine Albuminurie. Tod am nächsten Morgen. Die Nebennieren zeigen deutliche Veränderungen: leichte Degenerationszeichen in einem Teil der Randzone, bedeutendere in der Zona medullaris. Hier war die Abgrenzung der Zellen nicht mehr sichtbar. Die Kerne zeigten nicht ihr gewöhnliches fein chromatisches Mitom, sondern waren dunkel, körnig, unregelmässig von einer kleinen Masse Protoplasma umgeben. Die Chromaffinreaction sehr gering.

Verf. bemerkt, dass nicht selten bei Infectionskrankheiten eine ungenügende Function der Nebennieren diagnosticirt wird, dass jedoch in diesem Falle zuerst diese Diagnose post mortem durch mikroskopische Untersuchung bestätigt worden ist.

Uebrigens enthält diese Wahrnehmung eine Indication für Adrenalinbehandlung in ähnlichen Fällen.

H. BURGER.

51) **Brückner. Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose.** *Zeitschr. f. Kinderheilk. No. 6. H. 5/6. S. 500. 1913.*

Die Erfolge der Intubation sind neben anderen wesentlich von der Uebung der Aerzte abhängig. Die fortgesetzte Intubation hat sich in seinem Krankenhause nicht bewährt. Gleichwohl hält Verf. am Intubationsverfahren fest.

FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

52) **H. A. Vermeulen** (Utrecht). **Das Kehlkopfpfeifen beim Pferde.** *Utrecht 1914.*

Das Kehlkopfpfeifen (Cornage) der Pferde ist das Zeichen einer durch linksseitige Recurrenslähmung verursachten Larynxstenose. Die Bevorzugung der linken Seite ist nicht mit Sicherheit erklärt. N. ist mehr für die anatomische Deutung (grössere Länge des linken Recurrens, schlechtere Blutversorgung des linken Kehlkopfhälfte) als für die behauptete biologische Inferiorität der linken Recurrens. Das Semon'sche Gesetz gilt beim Pferde nicht. Im Gegenteil sind manchmal die Glottisverengerer ausschliesslich gelähmt, und tritt die Lähmung des Posticus erst im späteren Verlauf hinzu. Es ist denn auch Heiserkeit beim Pferde immer eine ernste Erscheinung. Das Kehlkopfpfeifen ist für die Pferdezucht eine höcht wichtige Erkrankung. In den Jahren 1901—1910 wurden in den Niederlanden 187 Stammbuchpferde abgekört, von diesen 175 wegen Kehlkopfpfeifens.

Die eigentliche Ursache des Leidens ist eine Vergiftung, in der übergrossen Mehrzahl der Fälle von Bakterientoxinen oder Autotoxinen hervorgerufen. Nicht selten entsteht dieselbe im Anschluss an eine akute Infectionskrankheit. Bei den Autoinfektionen schreibt N. der Schilddrüse eine wesentliche Bedeutung zu.

Waller (D. Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 38) hat nachgewiesen, dass bei Kaninchen die Schilddrüse eine spezifische Wirkung auf nervöse Elemente, speciell auf die Degenerations- und Regenerationsprocesse peripherer Nerven ausübt. Die

Schilddrüse sei ein Entgiftungsapparat, der durch den Stoffwechsel frei gekommene Autotoxine neutralisirt. N. hat von mehreren an verschiedenen Infectionskrankheiten gestorbenen Thieren die Schilddrüse untersucht und fast stets hochgradige Degeneration festgestellt (Bindegewebswucherung, Zerstörung des Follikelepithels, Schwund des Colloids). Weiter untersuchte er die Schilddrüsen von 20 Pferden mit Hemiplegia laryngis und von 20 Pferden ohne solche. Bei den ersteren fand er ausnahmslos bedeutende Degeneration des Schilddrüsengewebes, bei den letzteren fehlte dieselbe.

Bei einem Pferde hat er die Schilddrüse exstirpirt; die Operation wurde gut überstanden. Nach einem Monat bestand deutliches Kehlkopfpfeifen, weiter Zeichen von Kachexia strumipriva. Er hat dann die Thyreoidbehandlung des Kehlkopfpfeifens inaugurirt. Das Reichsseruminstitut in Rotterdam hat die Bereitung des Schaf-Schilddrüsenpulvers übernommen und das Präparat den niederländisehen Thierärzten unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Im Ganzen sind bis Juli 1912 23 Pferde mit Hemiplegia laryngis nach dieser Methode behandelt worden. Von diesen sind 2 ganz geheilt; bei 4 war merkliche Besserung zu constatiren; bei 9 Pferden kein Resultat; bei 8 ist die Kur ungenügend fortgesetzt worden.

H. BURGER.

53) **Bernhard** (St. Moritz). **Ein Fall von Contusion des Kehlkopfes beim Schlittelsport.** *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 39. 1914.*

Vf. theilt diesen Fall mit, da er ausserordentlich selten sei. Der Patient blutete aus dem Munde, hatte tonlose Stimme, starke Schmerzen, viel Husten und ausgesprochene Athemnoth mit Cyanose, sodass die ganze folgende Nacht die Tracheotomie vorbereitet sein musste. Bruch des Kehlkopfgerüsts war nicht nachzuweisen. Es hatte sich auch mässiges Hautödem eingestellt. Die Contusion war eine uncomplicirte. Am längsten dauerten die Schlingbeschwerden.

JONQUIÈRE

54) **M. D. Lederman. Acute phlegmonöse Entzündung der Epiglottis. (Acute phlegmonous epiglottiditis.)** *The Laryngoscope. Januar 1914.*

Aus den hier mitgetheilten vier Fällen zieht Vf. folgende Schlüsse: Acute phlegmonöse Entzündung der Epiglottis tritt plötzlich ohne Warnungszeichen auf, schreitet rapide weiter; ihre Symptome sind charakteristisch. Sie findet sich selten bei Kindern. In den vier mitgetheilten Fällen war die Erkrankung primär; sie kann aber auch secundär sich an infectiöse Zustände der Zähne, Tonsillen, des Pharynx oder der Zunge anschliessen. Nach der chirurgischen Behandlung hat sich die Behandlung mit Ichthyolglycerin als sehr wirksam erwiesen; man sollte auch die Anwendung einer autogenen Vaccine in diesen Fällen in Betracht ziehen. Dass diese Fälle nicht selten sind, folgert Vf. daraus, dass er seine letzten drei Fälle im Laufe von 5 Monaten an derselben Anstalt beobachtet hat.

EMIL MAYER.

55) **Knud Salomonsen** (Kopenhagen). **Klinischer Beitrag zu den Knorpelgeschwülsten des Kehlkopfes. (Klinisk Bidrag tie Strubens Bruskavulster.)** *Hospitalstidende. No. 31. 1914.*

Der Fall ist identisch mit dem in Fränkel's Archiv, Bd. 28, H. 3, 1914 mitgetheilten und im Centralblatt, S. 371, 1914 referirten.

L. MAHLER.

56) **Harris. Radium bei der Behandlung multipler Papillome. (Le radium dans le traitement des papillomes multiples du larynx.)** *Arch. internat. de laryng. T. 36. No. 3. 1913.*

Wahrscheinlich Abdruck des Vortrages, gehalten auf dem Internationalen Congress in London 1913. Die 6 mitgetheilten Fälle sind dieselben. LAUTMANN.

57) **H. Aboulker. Vier Fälle von Saugwürmern im Kehlkopf. (Quatre cas de sangsues fixées dans le larynx.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 21. 1914.*

In allen vier Fällen ist die ätiologische Diagnose für die Dyspnoe, das Bluthusten, das Würgegefühl von den Patienten gestellt worden, die aus Erfahrung wissen, dass wenn man Sumpfwasser trinkt, man die Saugwürmer leicht in den Rachen bekommt, die sich dann gewöhnlich im Larynxeingang (Arygegend) einhaken. LAUTMANN.

58) **O. Chiari. Spitzkugel aus dem Recess. pirif. extrahirt.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 19. Juni 1914. *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1914.*

Ein Röntgenbefund führte durch das Vorhandensein eines Lungenschattens (abgelaufene Pleuritis) irre, erst die an der Klinik durchgeführte Radioskopie gab richtigen Aufschluss. HANSZEL.

59) **John E. Mackenty. Entfernung einer Silbermünze aus dem Kehlkopf mittels directer Laryngoskopie nach 18monatigem Verweilen. (Removal of a dime from the larynx after eighteen months by direct laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. October 1913.*

24jähriger Mann. Es ist dies wohl der erste Fall, in dem ein Fremdkörper so lange Zeit im Kehlkopf gesessen hatte. EMIL MAYER.

60) **Thost** (Hamburg). **Bronchoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 100. 1914.*

Demonstration zweier Fremdkörperfälle im Hamburger ärztlichen Verein.

ZARNIKO.

61) **Samuel Iglauer. Ueber die Anwendung von Elektromagneten bei der Extraction von metallischen Fremdkörpern aus der Trachea und den Bronchien nebst Bericht über Fälle. (On the use of electro-magnets in the extraction of metallic bodies from the trachea and bronchi with report of cases.)** *The Laryngoscope. Januar 1914.*

Fall I. 6jähriger Knabe, zuerst vom Verf. am 22. August 1912 untersucht. Die Eltern gaben an, dass vor $3^1/_2$ Jahren der Verdacht bestand, er habe eine eiserne Schraube verschluckt; der Stuhlgang wurde überwacht, aber nichts gefunden. Zuerst waren keine Erscheinungen vorhanden, nach einiger Zeit aber trat häufig croupöser Husten auf; man behandelte den Knaben wegen Bronchitis. Vor ca. $^1/_2$ Jahre schwere Pneumonie, die während der nächsten 3 Monate nicht zur Lösung kam. Es bestand Husten, schleimiger, oft mit Blut gemischter Auswurf, Fieber von septischem Charakter und der Patient magerte zum Skelett ab. Am 8. Juni expectorirte er plötzlich eine grosse Menge faulig riechenden Eiters; da-

nach wurde der Auswurf sehr profus. Wiederholte Untersuchung auf Tuberkelbacillen ergab negatives Resultat. Die am 22. August gemachte Röntgenaufnahme zeigt eine Consolidirung des linken unteren Lungenlappens, in demselben konnte man eine Abscesshöhle und darin einen Fremdkörper sehen. Dieser lag mit dem Kopf nach unten am Ende des linken Bronchus gegenüber der hinteren Rippe vorn und der 7. Rippe hinten. Am 24. August obere Bronchoskopie in Allgemeinnarkose, wegen Dyspnoe und profuser Secretion musste dieser Versuch jedoch bald abgebrochen werden; es wurde nur die Tracheotomie gemacht, ein Bronchoskop wurde eingeführt und man gelangte in eine grosse Abscesshöhle am Ende des linken Bronchus. Obwohl das profuse eitrige Secret fortwährend abgetupft und abgepumpt wurde, konnte man es doch nicht bewältigen und so wurde die Operation abgebrochen und eine Tracheotomiecanüle eingelegt. Es gelangte nun der von Dr. Ranly angegebene Riesenmagnet zur Anwendung; der eine Pol dieses Magneten ist in Form einer schweren Kette ausgezogen. Ein Versuch, mittels des Magneten durch das Bronchoskop hindurch den Fremdkörper zu extrahiren, misslang. Es wurde nun ein solider Stahlstab durch die Trachea und linken Bronchus dem Gefühl nach in die Abscesshöhle geführt, dann die Kette des Magneten mit dem Stahlstab in Verbindung gebracht und der Strom angedreht. Dann wurde der Operationstisch mit dem Patienten langsam vom Magnet fortgeschoben und der Stahlstab tauchte aus der Trachea auf mit der Schraube an seinem Ende.

Fall II. 19jähriges Mädchen; gab an, sie habe einige Stunden vor der Consultation einige Stecknadeln in den Mund genommen und eine davon hätte sie verschluckt. Es fand sich, dass die Nadel in verticaler Stellung unmittelbar hinter der Epiglottis sass und zwar lag ihr Kopf in der vorderen Commissur und die Spitze sass lose in der Epiglottis; es sah so aus, als ob die Nadel jeden Augenblick in die Trachea fallen würde. Da Verf. fürchtete, dass beim Versuch der Extraction mit der Zange der Fremdkörper aus seiner Lage gebracht werden könnte, so versuchte er die Entfernung mittels Magneten, indem er eine gekrümmte Stahlsonde in den Kehlkopf einführte und diese in Contact mit dem Magneten brachte. Dabei wurde jedoch die Nadel dislocirt und verschwand. Ein Radiogramm zeigte die Nadel in einem unteren Ast des linken Bronchus. Es wurden 2 bronchoskopische Versuche gemacht, den Fremdkörper zu finden; sie misslangen jedoch. Einige Tage später entstand Pneumothorax; der Fremdkörper wurde mittets Operation von aussen entfernt.

EMIL MAYER.

62) **Ch. Lenormant. Operative Behandlung der Adenopathia tracheobronchialis. (Le traitement opératoire de l'adénopathie trachéo-bronchique.)** *Presse médicale. No. 1. 1913.*

Zusammenstellung und Kritik einiger neuerer Publicationen. Auffallend ist, dass die Chirurgen die Fortschritte, die auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung der Mediastinaldrüsen mittels der endoskopischen Methoden erzielt worden sind, nicht erwähnen, dies um so mehr als Verf. in seiner Kritik zugiebt, dass die chirurgische Behandlung der Mediastinaldrüsentuberculose nur ausnahmsweise aus vitalen Gründen indicirt ist und zu einer radicalen Behandlung überhaupt nicht berufen ist.

LAUTMANN.

63) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den Durchbruch von tuberculösen tracheobronchialen Lymphdrüsen in die Luftwege bei Kindern.** *Verh. des königl. Aerztevereins zu Budapest. No. 6. 1914.*

Die Tuberculose der tracheobronchialen Lymphdrüsen ist im Kindesalter sehr häufig, erweckt aber die Aufmerksamkeit der Kliniker erst dann, wenn sie durch Druck auf die Trachea und Bronchien, oder durch Durchbruch in diese Wege schwere Symptome verursacht. Charakteristisch für die Compression ist die erschwerte In- und Exspiration, besonders die Letztere ist verhindert und verzögert, bei kleinen Kindern ist die Respiration laut, stridorös, die Stimme bleibt dabei rein. Der Husten ist scharf, metallisch. Nach dem Durchbruche stellen sich schwere Suffocationserscheinungen ein, ebenso wie bei der Aspiration von Fremdkörpern, und erfolgt kein rechtzeitiger Eingriff, dann gehen die Patienten an Erstickung zu Grunde. In 2 Fällen gelang es durch Tracheotomie und sofortige Bronchoskopie die Kinder zu retten, in einem dritten Falle gelang dies nicht, weil ausser der Perforation eine hochgradige Compression bestand. Sehr wichtig ist, den Durchbruch rechtzeitig zu erkennen, was zumeist möglich ist, weil er nur allmählich zu Stande kommt. Verf. hat bis jetzt 4 Fälle mit Erfolg behandelt, in der Literatur befinden sich weitere 3 Fälle. Zur Diagnose sind Röntgenaufnahmen und directe Tracheobronchoskopie wertvoll, zur Behandlung selbst ist Tracheotomie und untere Bronchoskopie nöthig. Bei Compression kann die vordere Mediastinotomie versucht werden (Rehn).

POLYAK.

e II) Stimme und Sprache.

64) **Otto Weiss. Ueber die Entstehung der Vocale. Die Vorgänge in einer Pfeife mit membranöser durchschlagender Zunge.** *Archiv f. experiment. und klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 3. 1913.*

Verf. hat mittels einer Registrirvorrichtung, deren Eigenperiode er auf 1200 berechnet hat, die Vorgänge im Windraum einer Zungenpfeife mit durchschlagender membranöser Zunge bestimmt. Ferner analysirte er die Bewegungen der Zunge und die Druckschwankungen im Luftraum durch ein optisches System und analysirte die Curven. Es ergab sich, dass Zunge und Windraum annähernd in Sinuscurven schwingen, im Luftraum der II. Partialton dominirt und auch nicht durch aufgesetzte Resonatoren, deren Eigentöne die entsprechenden Obertöne des Klanges verstärken, verdrängt werden kann. Daher eignen sich solche Pfeifen nicht zur Erzeugung künstlicher Vocale. Verf. verspricht Systeme zu bauen, die gestatten, nach Belieben den gewünschten Partialton zum dominirenden zu machen.

NADOLECZNY.

65) **Erwin Waiblinger. Systematisch-pädagogische Einführung in das Studium der Tonhöhe.** *Vox. H. 5. S. 209. 1913.*

Während die Tonhöhe in der deutschen Sprache wesentlich dem Ausdruck dient, ist sie in vielen afrikanischen Sprachen ein integrirender, sinngebender Bestandteil des Wortes und verschmilzt mit der Klangfarbe zu einem unlösbaren Complex. Stärke, Klangfarbe und Dauer dürfen uns nicht über die Tonhöhe täuschen. Man muss sich üben um sie herauszuhören. Dazu dienen phonographische Aufnahmen. Zu unterscheiden sind 3 Höhenstufen, Tief-, Mittel- und

Hochton, deren Verhältniss ungefähr das der beiden Dominanten zur Tonica ist. In den europäischen Sprachen wirkt der Mittelton abschliessend, während der Hochton starke, der Tiefton schwache Spannung ausdrückt. Die 3 Töne treten im europäischen System in das Verhältniss von 3 : 4 : 6 im Sinne eines musikalisch-europäisch aufgefassten afrikanischen Systems. Zahlreiche Beispiele erläutern die Auffassung des Verf.'s und zeigen die Bedeutung der Tonhöhe in afrikanischen „europäischen Sprachen".

NADOLECZNY.

66) **W. E. Peters. Eine neue und genaue Methode zur Photographie von Sprachlauten. (A new and accurate method of photographing speech.)** *Vox. H. 3. S. 129. 1913.*

Verf. betont richtig, dass den früheren Apparaten Fehler: Veränderung der aufgenommenen Klangcurve durch die meist unbekannte Eigenschwingung, Reibung anhaften, und beschreibt einen Apparat, der die Schwingungen eines Alkoholtropfenmeniscus in einer Capillare photographisch wiedergiebt. Die Eigenschwingung dieses Tropfens ist aber weder bekannt noch constant. Der Apparat ist durch jenen von Frank überholt.

NADOLECZNY.

67) **A. Stefanini. Ueber den Einfluss von Membranen und Röhren auf die Registrirung von Schallwellen. (Sull' influenza delle membrane e dei tubi nella registrazione delle onde sonore.)** *Vox. H. 4. S. 177. 1913 und Archivio italiano di otologia. Bd. 24. H. 6.*

Verf. hat untersucht, wie Membranen aus Collodium, Gummi oder Papier oder Röhren von verschiedener Form und Länge die Stimmgabeltöne, sowie Silben und Tonmischungen (Geräusche) wiedergeben. Er beschreibt die Unterschiede, die sich bei dem Narbe'schen Verfahren mit Rauchringen ergeben. Die Tatsache, dass Membranen die Zinkenschwingung einer Gabel als die untere Octave vom Stiel wiedergeben, beruht wohl auf der von Edelmann beschriebenen Tatsache, dass bei den meisten Gabeln der Stiel in der Octave der Zinken schwingt.

NADOLECZNY.

68) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Multiple Resonanz. (Multiple resonantie.)** *Onderzoekingen physiologisch. Laboratorium Utrecht. 5. Reihe. Bd. 14. 1914.*

69) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber den dynamischen Silbenaccent.** *Ebendas.*

Experimentell-phonetische Untersuchungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

H. BURGER.

70) **E. Fröschels** (Wien). **Ueber das Wesen des Stotterns.** *Wiener med. Wochenschr. No. 20. 1914.*

Kritische Besprechung der einzelnen Theile der Kussmaul'schen Definition.

HANSZEL.

71) **E. Fröschels** (Wien). **Sprachärztliche Therapie bei Patienten mit Obturatoren bei Gaumendefecten.** K. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 24. April 1914. *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1914.*

Erstens müssen eventuell fehlende Laute ersetzt und falsch articulirte verbessert werden, zweitens muss der Luftstrom auf den richtigen Weg gelenkt werden und drittens sind die Mitbewegungen zu beseitigen.

HANSZEL.



f) Schilddrüse.

72) **Georg Richter** (Wölfelsgrund). **Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1914.*

Eingehendes Uebersichtsreferat mit ausführlicher Litteraturberücksichtigung, das sich zu kurzer Wiedergabe nicht eignet. Die wirklich guten Erfolge der chirurgischen Basedowtherapie lassen Autor die Forderung gerechtfertigt erscheinen, dass wir in der Regel die Frühoperation als sicherste Behandlung der Basedowschen Krankheit unseren Patienten anzurathen verpflichtet sind, solange wir nicht ein Mittel kennen, das auf unblutigem Wege die Causa peccans zu entfernen vermag.

HECHT.

73) **Oswald** (Zürich). **Zur Behandlung des endemischen Cretinismus.** *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 24. 1914.*

Vf. tritt der pessimistischen Ansicht entgegen, dass man dem endemischen Cretinismus machtlos gegenüberstehe. Es sei ein Verdienst Wagner von Jauregg's, für den endemischen Cretinismus die gleiche Behandluug, mit Schilddrüsenpräparaten, gefordert zu haben, die sich schon seit mehr als 10 Jahren bei dem infantilen Myxödem des sporadischen Cretinismus so gut bewährt habe. Durch Massenbehandlung dieser Krankheit in Steiermark auf Staatskosten habe J. unter 1000 Fällen bis Anfang 1901 bei nicht weniger als 90 pCt. beträchtliche Zunahme des Wachsthums erzielt. Ein 2jähriger Cretin z. B. wuchs innerhalb 2 Jahren um 16 cm. In 42,8 pCt. trat eine erhebliche, bei 48,6 pCt. eine deutliche Besserung ein. Oswald selbst brachte in 2 ziemlich stark ausgesprochenen Fällen mit consequent viele Monate lang verabreichtem Jodthyreoglobulin, 0,1 alle 2 Tage, die gleich grossen Heilwirkungen zustande. Die Abnahme des Cretinismus geht parallel mit der Zunahme des Wachsthums. Vf. erklärt es als ärztliche Pflicht, jeden Fall von endemischem Cretinismus consequent aber vorsichtig mit Schilddrüse zu behandeln. Sein Jodthyreoglobulin befindet sich im Handel als Thyreokrin, das in genau auf den Jodgehalt dosirten Tabletten zu nehmen und sowohl geschmack- als geruchlos ist. Bezüglich der Erklärung dieser Heilwirkungen verweist O. auf seine Schrift: „Die Schilddrüse in Physiologie und Pathologie." Leipzig 1914. Veit u. Co.

JONQUIÈRE.

74) **B. v. Barth-Wehrenalp** (Eichwald). **Zur physikalischen Therapie des M. Basedowii.** *Prager klin. Wochenschr. No. 31. 1914.*

Vf. geht auf die Frage, ob und wann die operative Behandlung des Basedow einzuleiten ist, in seiner Publication nicht ein, sondern bespricht nur, zumal auch die medicamentöse Behandlung noch zu keiner Uebereinstimmung geführt habe, die bewährten Maassnahmen der Hydrotherapie (besonders locale Kälteanwendungen und feuchte Einpackungen) und der Diätetik (Uebererernährung mit Vermeidung jeder einseitigen Ernährungsweise).

STEINER.

g) Oesophagus.

75) **Fabio Staccarida. Die embryonale Entwicklung des Oesophagusepithels und seine anaplastischen Abweichungen bei der Bildung des Krebses. (L'evoluzione embrionale dell' epitelio esofageo e le deviazioni anaplastiche dello stesso nella formazione del cancro.)** *Rivista Veneta. No. 8 u. 9. 1913.*

Während manche Zellen des Oesophaguskrebses an sich das Gepräge des

Embryonalepithels tragen, giebt es andere, die wegen ihres sehr ausgesprochenen Grades von Atypie sich mehr den Zellen der embryonalen Epidermis als denen des Oesophagus nähern. Insbesondere trägt der Verhornungsprocess, der in so weitem Maasse sich bei den Speiseröhrencarcinomen findet, dazu bei, diese Tumoren den Epitheliomen der Epidermis zu nähern. Vf. kommt zu dem Schluss, dass trotz vieler differentieller Momente doch keine ausgesprochenen Unterschiede bestehen zwischen den Epitheliomen, die von der Epidermis und dem Oesophagusepithel ausgehen.

CALAMIDA.

76) **Erwin Cobb. Gute Resultate von der Anwendung des Normalpferdeserums in einem Fall von Blutung aus einer zerrissenen Oesophagusvene. (Good results from use of normal horse serum in a case of hemorrhage from a ruptured esophageal vein.)** *The Laryngoscope. Februar 1914.*

Pat. litt seit 2 Wochen an sehr störendem Husten, dann wurde Blut in wechselnden Mengen expectorirt. Die Untersuchung mittels directer und indirecter Methode ergab eine blutende Stelle an der hinteren Oesophaguswand. Trotz aller angewandten Mittel, Eis, Ruhe, Calciumchlorid und Codein gegen den Husten, hielt die Blutung an. Es wurden dann 10 ccm Normalpferdeserum subcutan injicirt; am folgenden Morgen hatte die Blutung erheblich nachgelassen und zwei Tage später hatte sie völlig aufgehört. In der Familie herrschte Neigung zu Blutungen.

EMIL MAYER.

77) **J. Zaayer** (Leiden). **Intrathoracale Oesophagusoperationen. (Intrathoracale oesophagus-operaties.)** *Handel. XIV. Nederl. Natuur- en Geneesk. Congres, Delft. Haarlem 1913.*

Mit Hülfe eines vom Vf. angegebenen Ueberdrucknarkoseapparats hat er zwei transpleurale Oesophagusoperationen gemacht; nämlich in einem Fall von Schluckdarmerweiterung mit unaufgeklärter Aetiologie und letalem Ausgang und in einem Falle von Cardiacarcinom, in welchem die Exstirpation der Geschwulst gelang. Ausführlich in Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 77 u. 83.

H. BURGER.

78) **Wilhelm Sternberg** (Berlin). **Heizbare Oesophagussonde (Oesophagotherm) zur Behandlung von Stenosen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1914.*

Angeregt durch die Erfolge auf urologischem Gebiet liess Autor von der Firma Reiniger, Gebbert u. Schall entsprechende elektrisch erwärmbare elastische Bougies in jeder Stärke der Charièrre'schen Skala anfertigen, die ihm gleich günstige Erfolge im Oesophagus zeitigten, wie den Urologen bei der Behandlung der Urethralstenosen. Um das Gefühl der Wärme, das an und für sich schmerzlindernd wirkt, zu erhalten und um Schädigungen zu hoher Temperaturen, die ausserdem durch ein in den Stromkreis eingeschaltetes Controlthermometer gemessen werden, zu vermeiden, wird Cocain vermieden, und die Sonde nur mit einem Gleitmittel versehen eingeführt; die Wärme wird bis auf 45° erhöht.

Die Vorzüge dieser Sondirung mit heizbaren Sonden sind folgende:

1. Mechanische Dilatation.
2. Massage der Schleimhaut.
3. Erweichung und leichtere Dehnbarkeit der Strictur. Infolge der Hyperämie werden die Infiltrate und Narben geschmeidiger, das Narbengewebe wird serös durchtränkt, dadurch erweicht und leichter dehnbar.



4. Abkürzung der Behandlungsdauer. In ein und derselben Sitzung können hintereinander immer stärkere Caliber angewandt werden, so dass die erst unüberwindbar scheinende Stenose leicht und schnell nachgiebt.

In ähnlicher Weise lassen sich auch die Mastdarmstricturen günstig beeinflussen.

HECHT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Reidar Gording** (Christiania). **Ueber die anatomische Entwicklung des Ethmoidalabschnitts der lateralen Nasenwand in den ersten Jahren der Kindheit. (Om den anatomiske Utvikling av den laterale Näsevägs Ethmoidalosuit gjeunem de förste Barneaar.)** Mit Schlussübersicht und Zusammenfassung in deutscher Sprache. Christiania 1914. 305 Seiten.

Verf. hat sich in früheren Arbeiten eingehend mit anatomischen Untersuchungen des Ductus nasofrontalis und der Ostien im mittleren Nasengange, sowie mit der Entwicklung der Nasennebenhöhlen in den ersten Kindesjahren beschäftigt und bringt hier eine tüchtige Arbeit mit zahlreichen Zeichnungen und Abbildungen von Wachsmodellen und Präparaten.

Nur wenige Verfasser haben sich eingehender mit der Entwicklung des Ethmoidalabschnittes während des späteren Theils des intrauterinen und des ersten Abschnittes des extrauterinen Lebens beschäftigt. Unsere gegenwärtige Auffassung dieser Verhältnisse beruht in erster Linie auf Killian's Arbeit, der wesentlich makroskopische Untersuchungen zu Grunde liegen. Diese stammen zudem ausschliesslich aus der Embryonalperiode, also einem Entwicklungsstadium, wo der Verknöcherungsvorgang, bei mehreren die Muschelbildung noch wenig vorgeschritten ist. Verf. sagt, dass Killian's im übrigen so gründliche Arbeit doch nicht in jeder Hinsicht als erschöpfend bezeichnet werden kann und nicht zum mindesten gilt dies von den Nebenmuscheln und ihrem Verhältniss zu den Hauptmuscheln. Schon 1899 sagt der dänische Forscher Paulli: „Bei den Feten, die ich in Schnittserien untersucht habe, konnte ich überhaupt nichts den Killian'schen Conchae intermediae Entsprechendes finden und nachdem ich meine Präparate mit Killian's Abbildungen verglichen habe, erscheint mir die Möglichkeit nicht ausgeschlossen zu sein, dass hier eine Verwechselung mit der beginnenden Entwicklung von Cellulae ethmoidales vorliegt.“ In Bezug auf die Nebenmuscheln herrscht also noch Unklarheit.

Der Zweck dieser Arbeit ist, sagt Gording, erstens festzustellen, welche gesetzmässigen Verhältnisse sich nach der Geburt während des Aufbaues des Ethmoidalabschnittes der lateralen Nasenwand mit dessen Lamellensystem geltend machen und zweitens Klarheit zu schaffen über die Grösse und das gegenseitige Verhältniss der einzelnen Hohlräume.

Das Material besteht aus 40 Nasenhälften, von denen 16 in Serien geschnitten und als Wachsmodelle reconstruirt sind, 13 in Serien geschnitten, aber nicht reconstruirt und 11 nur decalcinirt zum Zwecke makroskopischer Untersuchung. Von den beschriebenen 13 Nasenhälften stammen 8 von Mädchen im Alter von 7 bis 24 Monaten und 3 von Knaben im Alter von $3^1/_2$—24 Monaten. Zwei Präparate stellen die rechte und linke Nasenhälfte bei einem ausgetragenen Kinde

dar. Von den übrigen 26 Nasenhälften stammen 24 aus den beiden ersten Lebensjahren und nur 2 aus dem dritten her.

Nachdem Verf. in den Capiteln über die historische Entwicklung der vorliegenden Frage und über die vergleichende Anatomie der verschiedenen Arbeiten Erwähnung gethan hat, die auf diesen Gebieten erschienen sind, besonders Zuckerkandl's und Killian's, geht er zu einer genauen Beschreibung seiner eigenen Präparate über und schliesst mit einem Résumé, in dem es heisst, „bei den allermeisten der untersuchten Nasenhälften lassen sich fünf Hauptfurchen und sechs Hauptmuscheln (d. h. fünf Hauptmuscheln und der Proc. uncinat.) nachweisen. Von den Nasenfurchen der Präparate, die in ihrer grössten Ausdehnung von den Rami descendentes der Hauptfurchen gebildet werden, entspricht in allen Fällen der Meat. med. der 1. Hauptfurche. Der Meat. sup. umfasst bei sämmtlichen Präparaten die 2. Hauptfurche. Welche Ethmoidalfurchen im übrigen an der Bildung des Meat. sup. und supr. theilnehmen, lässt sich ohne eingehendere Untersuchung nicht entscheiden.

Von den Hauptfurchen gehen alle die cellulären Hohlräume der lateralen Nasenwand aus. Die 1. Hauptfurche pneumatisirt die vordere Hälfte der Nasenwand und bildet die Frontalzellen mit der Stirnhöhle, die mittleren Ethmoidalzellen, sowie das Infundibulum mit Infundibularzellen und dem Sin. max. Von den Hohlräumen, die von dieser Furche ausgehen, entwickelt sich der Sin. front. in den meisten Fällen aus ihrem Ram. asc. Die Stirnhöhle kann aber auch von dem Ram. desc. der Furche hervorgehen, und zwar sowohl von dem Recess. sup. dieses Zweiges, wie auch von dessen Recess. inf. Aus dem Recess. sup. der 1. Hauptfurche wird ausser der Bullazelle ab und zu auch eine Cell. sup. gebildet, die den grössten Theil der Bulla ethm. pneumatisiren kann.

Von der 2., 3., 4. und 5. Hauptfurche aus wird die hintere Hälfte der Nasenwand pneumatisirt, indem von diesen Furchen einige Hohlräume ausgehen, die den „hinteren“ und „hintersten“ Ethmoidalzellen entsprechen. Von diesen entwickeln sich die meisten aus der 2. Hauptfurche, die oft reich verzweigt ist, mit Zellausläufern sowohl von ihrem Ram. asc. wie von ihrem Ram. desc. versehen. Auch von den Rami ascendentes der drei obersten Furchen drängen sich bei einer Reihe von Präparaten grosse und gut entwickelte Hohlräume vor.

Von den Conchae der Präparate, die in ihrer grössten Ausdehnung von den Crura ascend. der Hauptmuscheln gebildet werden, entspricht bei allen untersuchten Nasenhälften die Concha med. der 2. Hauptmuschel. Welche Hauptmuscheln im übrigen ihr Relief auf der medialen Fläche des Ethmoidalabschnittes abzeichnen, lässt sich ohne genauere Untersuchung nicht entscheiden. Ausser den sechs Hauptmuscheln kann man in der lateralen Nasenwand eine Reihe kleinerer Knochenfortsätze nachweisen, die von der Lam. cribr. und der Orbitalwand aus entspringen, und die alle mehr oder weniger ausgeprägten Muschelbau aufweisen. Diese Knochenlamellen bauen die intercellulären Septen für die Zellausläufer der Furchen auf, indem sie sich theils miteinander vereinigen und theils mit den grossen Lamellenbildungen zusammenschmelzen, um am Aufbau der Crura descend. theilzunehmen. Die Knochenfortsätze treten in grösster Anzahl in der 1. Hauptfurche auf, wo sie u. a. die Bulla ethm. aufbauen, aber ausserdem sind sie auch stets in der 2. und ab und zu auch in der 3. Hauptfurche zu sehen. L. Mahler.

b) **Alfred Brüggemann. Das erschwerte Décanulement und seine Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der Dilatationsverfahren.** Mit 33 Figuren im Text und 3 Tafeln. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1914. 81 S.

Der Verfasser hatte bereits auf der Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen im Jahre 1913 seine Erfahrungen über die Behandlung des erschwerten Décanulements mitgetheilt. In vorliegender Arbeit, der sein früherer Chef, Prof. v. Eicken, ein Geleitwort mit auf den Weg gegeben hat, giebt er eine ausführliche, auf eine breite historische Basis gestellte Darstellung desselben Gegenstands.

Als Hauptmomente für das erschwerte Décanulement betrachtet der Verf. erstlich mangelhafte Technik der Tracheotomie — die Neigung zur Stenose ist nach tiefer Tracheotomie sehr viel geringer als nach der Trach. superior — und zweitens das unnöthig lange Liegenlassen der Canüle. Für die Klassification der verschiedenen Arten der Stenosenbildung wählt er den pathologisch-anatomischen Standpunkt; er bespricht die einzelnen Formen, und zwar ihrer Wichtigkeit entsprechend besonders eingehend die Granulationsstenosen, Narbenstenosen, Verbiegungsstenosen und chronische Schleimhautschwellungen. Bevor er sich dem eigentlichen Thema seiner Abhandlung, der Therapie, zuwendet, weist Verf. darauf hin, wie wichtig es ist, sich in jedem Falle vor Einleitung irgend welcher Behandlung Gewissheit zu verschaffen über Art, Sitz und Ausdehnung der bestehenden Stenose.

Den breitesten Raum der Arbeit nimmt die Schilderung der Dilatationsverfahren ein. Als am geeignetsten für dieses Verfahren bezeichnet Verf. die reinen Narbenstenosen, ferner nach seinen Erfahrungen auch manche Formen der Granulationsstenosen, sodann die Stenosen in Folge Verbiegung der Trachea sowie in Folge chronischer Schleimhautschwellung, wogegen es bei Erschlaffung der vorderen Trachealwand wenig Zweck hat und bei Stenosen anderen Ursprungs, speciell den tuberculösen, direct contraindicirt ist. Sehr ausführlich und durch eine grosse Anzahl von Abbildungen erläutert ist die historisch-kritische Besprechung der verschiedenen Arten des Dilatationsverfahrens, das zuerst in einer praktisch brauchbaren Form durch L. v. Schrötter angewandt wurde; von den verschiedenen Methoden, die zur unblutigen Behandlung der Stenosen angegeben sind, fehlt in dieser Besprechung kaum eine. Etwas kurz fortgekommen sind die blutigen Behandlungsmethoden, vor Allem die Laryngo- und Tracheotomie, bei deren Erwähnung wohl der Verdienste Sargnon's um den Ausbau und die Propagirung dieser grade für die schwersten Fälle chronischer Stenose so wertvollen Methode hätte gedacht werden können.

Besonders eingehend verweilt Verf. bei der Thost'schen Bolzenbehandlung. Der Verf. erkennt die ausgezeichneten Resultate, die sich mit dieser Behandlung in vielen Fällen erzielen lassen, rückhaltlos an, als einen schwer in's Gewicht fallenden Nachtheil der Methode betrachtet er es jedoch, dass sich bisweilen zwischen dem Bolzen und der Canüle — also an der hinteren Trachealwand gegenüber der Fistel — ein Granulationssporn bildet, der trotz der von Thost vorgeschlagenen Aetzungen, Abtragungen etc. die Neigung hat, sich immer wieder zu bilden und so seinerseits zu einer neuen Stenose Anlass giebt, durch welche das definitive Décanulement verhindert wird.

Verf. hat sich nun bemüht, eine Bolzencanüle zu construiren, die alle Vorzüge des Thost'schen Dilatationsinstruments hat, ohne den eben besprochenen

Nachtheil zu besitzen. Dies wird dadurch erreicht, dass der Bolzen und die Canüle ohne irgend welchen Zwischenraum in einander übergehen, derart, dass genau wie bei den T-Canülen die Hinterwand der Bolzen mit der Canüle eine zusammenhängende glatte Fläche bildet. Die Brüggemann'sche Bolzencanüle (zu beziehen von Roth-Schellenberg, Instrumentenmacher, Giessen) stellt demnach eine Combination der T-Canülen und der Thost'schen Bolzen dar. Von der ersteren hat sie den lückenlosen Uebergang vom oberen Canülenteil zum unteren, von Thost die verschieden starken Bolzen für Dilatation, sowie die Canüle mit Reinigungsrohr. Verf. empfiehlt seine Canüle für alle Fälle, für die auch die Thost'schen Bolzen angegeben sind.

Als Brüggemann auf der Versammlung Deutscher Laryngologen in Stuttgart (1913) seine Bolzencanüle demonstrirte, wurde ihm vorgehalten, dass wegen des spitzen Winkels, den der Stiel mit dem Bolzen bildet, die Ein- und Ausführung schwierig sein müsse. Er hat diesem Uebelstand jetzt dadurch abgeholfen, dass er eine Gelenkverbindung an Bolzen angebracht hat, durch welche die Ein- und Ausführung ausserordentlich erleichtert wird.

Den Schluss der Arbeit bilden die Krankengeschichten von 3 Fällen, die Verf. mit seiner Bolzencanüle zur Heilung gebracht hat. Dieses Resultat ist ein um so anerkennenswertheres, als es sich um schwere Fälle bei Kindern handelte, bei denen bereits alle andern Mittel ohne Erfolg angewandt waren.

Die Lectüre der Brüggemann'schen Arbeit kann Jedem, der in die Lage kommt, sich mit chronischen Kehlkopfstenosen, dieser wahren Crux für den Arzt, beschäftigen zu müssen, auf das Wärmste empfohlen werden. Es ist zu wünschen, dass die Erwartungen, die der Verf. an die von ihm empfohlene Behandlungsmethode knüpft, sich erfüllen mögen. Finder.

---

c) Royal Society of Medicine. Laryngological Section.

Sitzung vom 6. Juni 1913.

Herbert Tilley: 1. Narbe nach Stirnhöhlenoperation.

Der Fall war vor 13 Jahren operirt worden. Incisionen durch beide Augenbrauen, ein Verticalschnitt in der unteren Hälfte der Mittelstirn, beide wurden miteinander verbunden, sodass nach beiden Seiten ein dreitheiliger Lappen aufgeklappt werden und die Vorderwand der Stirnhöhlen freigelegt werden konnte.

2. Maligne Erkrankung (?) des Hypopharynx und oberen Oesophagusendes.

Es handelte sich um den Fall eines 53jährigen Mannes.

3. Symmetrische Schwellungen auf der Vorderfläche der Aryknorpel gerade oberhalb der Processus vocales.

30jähriger Mann, klagt darüber, dass nach dem Sprechen ihm der Hals trocken wird. Auf der Vorder- und Medialfläche jedes Stimmbandes sieht man eine kleine blasse Erhabenheit; sie berühren sich bei der Phonation, die freie Beweglichkeit der Stimmbänder ist jedoch nicht gestört und die Stimme nicht afficirt. Pat. hat Syphilis gehabt.

T. hält die Erscheinungen möglicherweise für Pachydermie.

H. J. Davis hält die Schwellungen ebenfalls für Pachydermie und räth, sie unberührt zu lassen.

Sir St. Clair Thomson hält es für syphilitische Pachydermie.

Lambert Lack: Osteom der Nase.

31jährige Frau, im Jahre 1904 bereits vorgestellt. Sie hatte eine grosse, die linke Nasenhöhle ausfüllende Geschwulst. Diese war mittels Curettage entfernt worden und Pat. hatte sich bis vor etwa 3 Monaten wohl befunden. Jetzt sind Symptome eines Recidivs vorhanden; es besteht linksseitige Gesichtsneuralgie und etwas Schwellung der linken Wange. Linke Kieferhöhle bei der Durchleuchtung ganz dunkel. Keine Absonderung aus der Nase.

Kelson meint, dass diese Fälle in mancher Hinsicht den an der Westküste Afrikas vorkommenden ähnlich sind. Der Knochen muss in dem Lack'schen Fall sehr weich gewesen sein, da die Geschwulst damals mit der Curette hatte entfernt werden können.

Bond räth zu einer Operation von aussen; eventuell müsse der ganze Oberkiefer entfernt werden.

Sir St. Clair Thomson räth, vielmehr die Moure'sche Operation — laterale Rhinotomie — in Erwägung zu ziehen. Wenn man unterhalb des Auges eingeht, den aufsteigenden Fortsatz des Oberkiefers durchtrennt, so hat man freien Zugang zu Antrum, Nase und Keilbeinhöhle ohne Entstellung des Patienten. Es werden auch die Zähne geschont und es wird nicht viel Blutung verursacht.

H. J. Davis: Tödtlicher Fall von Thrombose des Sinus cavernosus nach linksseitiger Tonsillitis.

10jähriger, gesunder Knabe, bekommt am 27. December eine einseitige parenchymatöse Tonsillitis. Am 3. Januar Temperatur 40°, sie blieb trotz aller Behandlung bis zu dem am 13. Januar erfolgenden Tode bestehen und betrug dann 41,6°. Es wurde Antistreptokokkenserum injicirt, Incisionen in Gaumensegel und Tonsille, auch aussen am Halse gemacht, aber ohne dass Eiter gefunden wurde. Im Blut wurde Staphylococcus albus gefunden. Am 9. Januar Oedem der Augenlider, die fast geschlossen waren, das Auge vorgetrieben, Ecchymosis der Conjunctiva, das Oedem breitete sich auf Stirn und Gesicht aus und nach unten auf den Hals. Diagnose: Thrombose des Sinus cavernosus. Im Rachen war wenig zu sehen, ausser dass die linke Tonsille geröthet und leicht geschwollen war. 10. Januar Parese des Beins; Lumbalpunctat klar. Exitus 13. Januar.

Von den beiden anderen Fällen von Sinusthrombose nach Tonsillitis, die D. gesehen hat, genas der eine, wurde jedoch blind, der andere starb am 5. Tage. Bei allen Fällen war die Affection einseitig.

O'Malley hat einen Fall von Sinusthrombose drei Wochen nach Entfernung von Tonsillen und Adenoiden gesehen. Section zeigte eine Osteomyelitis des Keilbeinkörpers, von dort war die Infection längs des N. opticus weitergekrochen. Er erörtert die Frage der Entstehung der Sinusthrombose in dem vorgestellten Fall.

Sir St. Clair Thomson glaubt, dass dieselbe Infection, durch welche die Tonsille erkrankt, auch in der Keilbeinhöhle localisirt wird und dass so in den Fällen von Thrombose vermeintlichen tonsillären Ursprungs die Entstehung auch in der Keilbeinhöhle vor sich geht.

Fitz Gerald meint, dass für Sinusthrombose bei Infection des Halses eine Thrombose des pterygoidalen Venenplexus meist verantwortlich zu machen sei.

H. J. Davis stellt sich den Weg der Infection so vor, dass er durch die Vena facialis erfolge, welche mittels der Vena angularis mit der Vena ophthalmica communicire.

H. J. Davis: Einseitige Lähmung von Zunge, Gaumen und linkem Stimmband.

Die Beschwerden — allmählich zunehmende Schwierigkeit beim Schlucken — datiren seit 3 Wochen. D. denkt an specifische Meningitis.

W. H. Kelson: Perforirendes Geschwür des Gaumens.

Grosses Geschwür des harten Gaumens, in die Nase perforirend. Anamnese auf Lues negativ, Wassermann negativ, Salvarsanbehandlung ohne Erfolg.

Tilley hat vor Jahren einen ähnlichen tödtlich verlaufenen Fall gesehen; es stellte sich nachher heraus, dass es sich um Malleus gehandelt hatte.

Jobson Horne glaubt an ein Ulcus rodens.

Kelson: Lupus des Zahnfleisches und Pharynx.

Ulceration und Knötchenbildung an Zahnfleisch, rechter Tonsille, Gaumen und Rachenwand. Erhebliche Besserung nach Arsenik.

James Donelan: Doppelseitige Lähmung des N. laryngeus superior im Verlaufe von disseminirter Sklerose infolge Bleivergiftung.

25jähr. Mann (Schriftsetzer), den D. zum ersten Mal im Juni 1912 sah. Er hatte eine rauhe Stimme und man sah am rechten Stimmband am Ansatz des Proc. vocalis eine lenticuläre Schwellung. Der Fall wurde zuerst für Tuberculose gehalten. In einem Sanatorium, in das Pat. geschickt wurde, wurde jedoch festgestellt, dass es sich nicht um Tuberculose handelte. Im Januar 1913 wurde die Diagnose auf disseminirte Sklerose gestellt. Im März wurde festgestellt, dass beide Cricothyreoidmuskeln gelähmt waren, es bestand aber keine Recurrenslähmung. Abduction und Adduction sind unbeeinflusst, die Stimme ist laut, jedoch der Ton und Klang der normalen Stimme fehlt. Die wellige Form der Glottis ist sehr charakteristisch; die aryepiglottischen Falten scheinen etwas schlaff. Es ist kaum eine Bewegung des Ringknorpels gegen den Schildknorpel während der Phonation zu constatiren.

James Donelan: Tonsillenzange.

Das Instrument ist nach dem Princip des Krause'schen Tamponträgers construirt und gestattet, dass nach dem Fassen der Tonsille ein Tonsillotom oder eine Schlinge darüber geführt wird.

Dan McKenzie: Sinusitis exulcerans der Stirnhöhle; operatives Trauma der Dura; Heilung.

66jährige Frau, zeigte sich im August 1912 mit einer seit einigen Tagen bestehenden kleinen schmerzlosen Schwellung unter dem linken Supraorbitalrand, die sich dann über die ganze Supraorbitalregion und das obere Lid ausdehnte; in der Nase kein Eiter. Bei der Eröffnung der Stirnhöhle kam eine Verletzung der Dura dadurch zustande, dass, als nach dem Hautschnitt, bei dem etwas Eiter sich entleerte, das Elevatorium angesetzt wurde, um das Periost abzuheben, das Instrument durch die weiche Vorderwand der mit Eiter gefüllten Höhle in diese hineinrutschte und durch die gesunde, aber sehr dünne Hinterwand in die Dura eindrang. Es



stellte sich nach Fortnahme der Hinterwand heraus, dass in der Dura ein etwa 3 mm langer Riss war; der Riss wurde soweit vergrössert, bis Cerebrospinalflüssigkeit reichlich abfloss — worauf Redner in derartigen Fällen grosses Gewicht legt —, dann zwischen die Ränder der Duralwunde ein Gazedrain gelegt und die Höhle locker mit Jodoformgaze tamponirt. Völlige Heilung.

H. J. Davis hält es nicht für nöthig, stets den Boden der Höhle fortzunehmen, sondern es genügt, wenn mit einem Drillbohrer eine weite Oeffnung nach der Nase geschaffen wird, von der aus die Höhle regelmässig ausgespült werden kann.

Dan McKenzie: Tod nach Tonsillotomie.

Pat., ein 9jähriger Knabe, wurde zur Wegnahme der Mandeln und Adenoiden in das Central London Throat and Ear Hospital gebracht. Da subacuter Mittelohrkatarrh mit leichtem Fieber bestand, so wurde die Operation auf 5 Wochen verschoben. Nach dieser Zeit war das Ohr trocken und Pat. wurde als gesund befunden. Daher Entfernung von Tonsillen und Adenoiden in Aethylchloridnarkose. Nach 3 Tagen kam er wieder mit 39,5^{0} Temperatur, Schwellung und Röthung im linken Unterkieferwinkel, die linke Seite des Gaumens und des Pharynx mit einem Belag bekleidet. Eine Incision in die Cervicalschwellung ergab eine grosse Menge fötiden Eiters. Nach vorübergehender Besserung traten 2 Tage darauf Zeichen linksseitiger Pneumonie auf und 18 Stunden später erfolgte Exitus. Sectionsergebnisse: Doppelseitige Pneumonie und Pleuritis mit Empyem. Die aus dem Eiter des Halsabscesses und aus der Pleura erhaltenen Mikroorganismen waren von demselben Typus wie die normalen Bewohner der Mundhöhle: Spirochaeta dentium etc. Redner führt den Tod auf orale Sepsis zurück.

Jobson Horne und Donelan glauben an eine Pneumokokkeninfection.

H. J. Davis hat vor 2 Jahren einen poliklinisch an Mandeln und Adenoiden operirten Knaben 8 Tage später an septischer Pneumonie mit Schwellung der Drüsen beiderseits am Halse verloren. Er lässt seine Patienten jetzt 3 Tage im Bett und weitere 3 Tage im Zimmer bleiben.

Dan McKenzie: Maligne (?) Struma mit starken Compressionserscheinungen.

73jährige Frau mit erheblichem Stridor und Schwierigkeit beim Schlucken.

Dan McKenzie: Endotheliom des weichen Gaumens.

17jähriges Mädchen. Die Geschwulst erschien in Form von polypenartigen Massen im Nasopharynx. Es war dreimal operirt worden; das letzte Mal, vor 14 Tagen, war die Carotis externa unterbunden und der weiche Gaumen entfernt worden; es hatte sich jedoch als unmöglich erwiesen, die ganze Geschwulst zu entfernen, da sie sich auf die laterale Wand des Oesophagus ausgedehnt hatte.

H. J. Davis räth zu einem Versuch mit Diathermie.

Harmer hat 10 Fälle von malignen Tumoren des Pharynx im St. Bartholomeus-Hospital mit Diathermie behandelt; einer befindet sich noch nach 18 Monaten gut.

W. Hill hat in 2 Fällen temporären Erfolg von Radiumanwendung gesehen.

E. D. Davis: Grosser Tonsillarpolyp.

J. H. Connolly: Diaphragma des Nasenrachens.

Beiderseits vom Tubenwulst erstreckt sich eine Membran nach oben und hinten zum Rachendach. Jederseits befindet sich in ihr eine kleine Perforation.

E. A. Peters: Linksseitige Recurrenslähmung bei Oesophagus-carcinom.

W. A. Kisch: Syphilitisches Pharynxgeschwür.

William Hill: Kehlkopfperichondritis mit Stenose.

Der Fall wurde früher einmal vorgestellt wegen Strictur des Hypopharynx und Oesophagus nach Verschlucken von Eisessig, später wegen Abductorlähmung, wahrscheinlich aus myopathischer Ursache. Jetzt hat er Larynxstenose wegen Perichondritis. Er trägt eine Canüle und bekommt Jodkali. Die Diagnose ist nicht klar, keine Zeichen von Tuberculose, Wassermann negativ.

Zum Vorsitzenden für 1913—1914 wird R. Paterson (Cardiff) gewählt.

Sitzung vom 7. November 1913.

Vorsitzender: D. R. Paterson (Cardiff).

Paterson: Fälle von Fremdkörpern im Bronchus als Illustration für interessante Fragen.

a) Stück von einem Knopf aus dem linken Bronchus entfernt.

10jähriges Mädchen; ausser gelegentlichem Husten keine Beschwerden. Röntgenuntersuchung negativ. Bei directer Untersuchung sah man im linken Oberlappenbronchus einen kleinen dunklen Fremdkörper. Extraction mit einer feinen Teleskopzange.

b) Stück von einem Hammelknochen im rechten Bronchus eingekeilt.

32jährige Krankenschwester gab an, dass ihr vor ca. 3 Wochen beim Essen ein Stück Hammelknochen „in die unrechte Kehle gekommen sei". Ausser Unbehaglichkeit über der Brust und gelegentlichem Husten waren keine Symptome vorhanden. In Narkose wurde der Fremdkörper im Grunde des rechten Bronchus gefunden. Seine scharfen Ränder lagen in der Längsachse der Bronchialwand; es bestand nur eine leichte Injection der Mucosa, obwohl der Knochen bei der Extraction einen fauligen Geruch verbreitete.

c) Federpose in Trachea und rechtem Bronchus.

47jährige Frau, die seit 2 Jahren wegen syphilitischer Larynxstenose eine Canüle trägt. Beim Reinigen der Canüle mit einer Federpose brach ein Stück von dieser ab und rutschte nach unten. Sie wurde 15 Stunden später in das Hospital eingeliefert, machte einen schwerkranken Eindruck und war dyspnoisch; sie war ausser Stande, zu liegen. Die Feder wurde mittels Bronchoskopie durch die Trachealfistel aus dem rechten Bronchus entfernt. Die Schleimhaut der Trachea und Bronchien war mit grauem Belag bedeckt und das Lumen mit Secret erfüllt. Es bestand noch einige Tage purulente Bronchitis, dann trat aber Genesung ein.

Diese Fälle zeigen: Die verschiedenen Grade der Reizung, die durch einen Fremdkörper im Bronchus gesetzt werden können. In den ersten beiden Fällen bestanden so gut wie keine Symptome und nur auf Grund der sehr bestimmten Angaben der Patienten wurde die Untersuchung gemacht. Selbst ein sehr septisches Knochenstück kann ertragen werden. Andererseits zeigt der dritte Fall, ein wie ernster Zustand durch einen septischen Fremdkörper herbeigeführt werden kann.

Herbert Tilley: Entfernung einer grünen Erbse aus dem rechten Bronchus mittels einer improvisirten Methode.

63jähriger Mann, der seit 3 Tagen hustete; er schob dies darauf, dass ihm beim Essen von grünen Erbsen eine solche in die unrechte Kehle gekommen sei; es bestanden physikalische Zeichen über dem rechten Unterlappen. Bei der Bronchoskopie fand man die Erbse in einer grossen Menge Schleim auf dem Grunde des rechten Bronchus. Es wurde kein Versuch der Extraction mittels Zange oder Haken gemacht, sondern das Ende des Rohrs wurde an die Erbse geschoben und dann ein in Paraffin. liquid. getränkter Wattebausch langsam das Rohr hinübergeführt, bis er den Fremdkörper erreichte. Dann wurde durch eine kurze plötzliche Bewegung des Herausziehens die Erbse in das Rohr hineingesaugt und mit dem Rohr zusammen herausgezogen.

Watson Williams: Bericht, Präparate und Zeichnungen von einem Fall von Cerebrospinalrhinorrhoe mit nachfolgender Ethmoiditis, Mucocele und Stirnhöhleneiterung, die sich von einer Mucocele des Siebbeins nicht unterscheiden liess; Operation; Tod.

Das Präparat war auf der Ausstellung des Internationalen Medicinischsn Congresses in London 1913 ausgestellt.

McKenzie: Endotheliom des Siebbeins.

23jährige Frau, kam im Mai 1913 mit einer kleinen Schwellung rechts an der Nasenwurzel in Behandlung; es stellte sich heraus, dass es eine vom Siebbein ausgehende Geschwulst war; das Auge war nach aussen dislocirt. Es wurde eine Operation nach aussen gemacht. Bisher ist kein Recidiv aufgetreten. Die Diagnose „Endotheliom" stützt sich nicht auf mikroskopische Untersuchung, sondern nur auf das Aussehen der Geschwulst.

Thomas Guthrie: Tumor des weichen Gaumens bei einem achtjährigen Knaben.

Der Knabe war vor 2 Jahren an Adenoiden operirt worden und man glaubte, es handele sich um ein Recidiv der Adenoiden. Solche fanden sich aber nicht, dagegen eine gestielte, bohnengrosse Tumormasse, die vom Rande des Gaumens herabhing. Der Tumor wurde entfernt. Es stellte sich heraus, dass es eine Mischgeschwulst war vom Typus der submaxillaren Speicheldrüse; die Aussenfläche war mit Plattenepithel bekleidet, der übrige Tumor bestand aus lymphatischem Gewebe mit Krypten, die mit Epithel ausgekleidet waren, wie bei der Tonsille.

Philip Turner und M. Mollison: Pneumokokkeninfection des Pharynx und Larynx.

23jähriger Mann, wurde im April in das Krankenhaus aufgenommen mit einer Schwellung in der rechten Submaxillarregion. Während der unter Anästhesie vorgenommenen Incision so starke Dyspnoe, dass die Laryngotomie gemacht werden musste. Die Tube konnte nach ein paar Tagen entfernt werden, jedoch behielt der Patient noch einige Zeit lang Schwellung im Pharynx und an den Tonsillen. Im Juli war wieder Tracheotomie nöthig, seitdem wird die Canüle getragen. Im August ergab die Untersuchung: Weicher Gaumen und Uvula ödematös, die Tonsillen sehr gross, die rechte Tonsille enthält eine Höhle, in die die Fingerspitze eingelegt werden kann, sie wurde enucleirt und die bakterio-

logische Untersuchung ergab Reincultur von Pneumokokken. Die ödematöse Epiglottis wurde punctirt; das Punctat ergab beim Culturverfahren Pneumococcus und Micrococcus catarrhalis. Die Schwellung besteht noch.

Kisch demonstrirt ein Rhinomanometer, mittels dessen sich nachweisen lässt, ob leichte Grade von Nasenverstopfung vorhanden sind oder nicht; es zeigt an, ob die Verstopfung bei Inspiration oder Exspiration vorhanden ist.

H. J. Davis: 1. Röntgenbild einer im Oesophagus eines 2 Jahre alten Kindes eingekeilten Münze, entfernt mittels directer Methode.

2. 61jähriger Schauspieler, bei dem eine Fixation des rechten Stimmbandes besteht, seitdem ihm im Jahre 1873 in Paris von Isambard ein Polyp vom rechten Stimmband entfernt wurde. Die Stimme ist kräftig und trotz des Stillstandes des Stimmbandes sind keine Symptome vorhanden. H. J. Davis.

---

d) Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 30. Januar 1914.

Boivie's Vorschlag, die Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen vom Jahrgang 1909 für die Rechnung der Bibliothek der Gesellschaft zu erwerben, wird einstimmig angenommen.

Vsjerke hält einen Vortrag über das Eröffnen der Thränenwege von der Nase (nach West).

Frieberg ist der Meinung, dass diese Operation nicht in das Gebiet der Ophthalmologen gehöre, da sie rhinologisch-technische Fertigkeit voraussetze; demonstrirte West's Instrumentarium für diese Operation.

Stangenberg berichtet über die Vorarbeit für den 2. Oto-laryngologischen Congress in Stockholm 1914.

Sitzung vom 27. Februar 1914.

Holmgren berichtet über einen Fall von Trachealatresie, sowie über einen eigenthümlichen Fall von Sinuitis frontalis.

v. Essen berichtet über einen Fall von Ozaena, der mit gutem Erfolg mit Paraffininjectionen behandelt war.

Flodqvist will die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass das Material von der Ohren- und Nasenpoliklinik des Garnison-Krankenhauses für das Studium der Ozaena sehr zweckmässig wäre.

Holmgren betont die Wichtigkeit davon, dass auch von Schweden Beiträge zur Ozaena-Forschung so zahlreich wie möglich einkommen möchten.

Sitzung vom 27. März 1914.

Flodqvist berichtet über einen Fall von Rhinolit, dessen Kern aus einem Metallknopf bestand, der seit 18 Jahren im unteren Nasengang gelegen hatte.

Frieberg erwähnt die Technik der neuen endonasalen Operationen des Thränensackes (nach West) und demonstrirt ein von ihm angegebenes

Instrument um die Lage des Thränensackes in der lateralen Nasenwand festzustellen.

Lagerlöf berichtet über seinen Versuch, den besten Weg von der Nase in den Thränensack zu finden und macht den Vorschlag, ein keilförmiges Stück aus dem Proc. nasalis durch einen Schnitt im Vestibulum zu reseciren.

Discussion: Frieberg, Stangenberg, Holmgren, Arnoldson.

Holmgren berichtet über einen Fall von Larynxstenose bei einem Kinde, das einen Gegenstand aus Porzellan verschluckt hatte, der im Sinus pyriformis stecken geblieben war. Ohne eine directe Untersuchung zu machen, war in einer chirurgischen Klinik Oesophagotomie gemacht. Der Fremdkörper konnte per vias naturales leicht entfernt werden, sobald man sich über seine Lage überzeugt hatte.

Boivie demonstrirt ein Präparat von einer 3,5 cm langen, exstirpirten Uvula, die in der Spitze mit einem erbsengrossen Polyp versehen war. Lagerlöf erwähnt einen ähnlichen Fall.

Charlies berichtet über das Resultat der Nasenuntersuchung bei Wehrpflichtigen mit Rücksicht auf das Vorkommen von Ozaena; bei 480 Männern wurde ein Fall von Ozaena constatirt.

Sitzung vom 24. April 1914.

Arnoldson berichtet über 2 Fälle von Speicheldrüsenaffectionen: der eine von einer doppelseitigen chronischen Parotitis bei einem 50jährigen Manne mit Lues und Diabetes, der zweite von Mikulicz' Krankheit bei einer 40jährigen Frau mit Lues.

Frieberg demonstrirt eine Frau, die an doppelseitiger Dacryocystitis litt. Da eine conservative Behandlung erfolglos war, wurden beide Thränensäcke von der Nase eröffnet (nach West) und zwar mit gutem Erfolg.

Lagerlöf demonstrirt einen Fall von Lupus septi narium bei einem 20jährigen Manne, bei dem der lupöse Herd nach Spaltung des Nasenrückens mit gutem kosmetischen Erfolg vollständig entfernt war. E. Stangenberg.

III. Briefkasten.

Soeben, unmittelbar vor Abschluss dieses Heftes, geht uns die Nachricht zu, dass am 20. October Prof. Brieger-Breslau plötzlich verstorben. Wir können heute nur dem allgemeinen herzlichen Bedauern über den Verlust des verdienstvollen und allgemein beliebten Fachgenossen Ausdruck geben. Eine Würdigung seiner Verdienste um unsere Wissenschaft behalten wir uns für das nächste Heft vor. F.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXX. Berlin, December. 1914. No. 12.

I. Oskar Brieger †.

In der Nacht vom 19. zum 20. October hat der Tod Oskar Brieger jäh dahingerafft. In ihm verliert unser Fach einen seiner besten Vertreter, dessen ärztliche Fähigkeiten, wissenschaftliche Leistungen und persönliche Vorzüge ihm einen glänzenden Ruf und ein hohes Maass von Werthschätznng weit über die Grenzen seines engeren Wirkungskreises hinaus verschafft hatten.

Oskar Brieger war am 18. April 1864 in Cosel (Oberschlesien) geboren, absolvirte sein medicinisches Studium in Breslau und Halle, bestand 1886 die Staatsprüfung und promovirte 1888 mit einer Dissertation über „das Vorkommen von Pepton im Harn". Dann widmete er sich ohrenärztlichen Studien in Wien, Prag und Halle, war von 1889—1892 Assistent bei dem bekannten Ohrenarzt Dr. Jacoby in Breslau und wurde 1892 Leiter der Abtheilung und Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke am städtischen Allerheiligen-Hospital in Breslau. Weihnachten 1907 wurde er zum Professor ernannt. Er war Gründer und Herausgeber des Internationalen Centralblattes für Ohrenheilkunde und Mitarbeiter des Archivs für Ohrenheilkunde. Grosse Verdienste erwarb er sich um die Gesellschaft Schlesischer Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, deren zweiter Vorsitzender er seit ihrer Gründung vor 11 Jahren war. Auf ihren Tagungen sowie auf anderen ärztlichen Versammlungen und Con-

gressen hat er sich oft als ausgezeichneter Referent bzw. Vortragender bewährt. In wissenschaftlichen Discussionen hatte er als geschickter Debatter, dem neben reichem Wissen ein besonders treues Gedächtniss zu statten kam, stets das Ohr der Versammlung.

Die Brieger unterstellte Hospitalabtheilung, der er in 23 Jahren den grössten Theil seiner Arbeit und seiner Zeit, den besten Theil seiner Kraft gewidmet hat, an der er mit ganzem Herzen hing, ist durch seine Thatkraft, sein Organisationstalent, durch die gewissenhafte, streng wissenschaftliche Leitung aus relativ bescheidenen Anfängen zu einem stets wachsenden, mit allen modernen Hülfsmitteln ausgestatteten ansehnlichen und angesehenen Institute emporgediehen.

Als Kliniker zeigte Brieger oft gerade in besonders schwierig liegenden Fällen jene diagnostische Intuition, die schon vor Anwendung subtilerer Untersuchungsmethoden verblüffend rasch eine richtige Diagnose ermöglicht. Brieger war auch ein ausgezeichneter Therapeut. Unter der grossen Fülle der neuen Operationsverfahren, der physikalischen und chemischen Hülfsmittel der Behandlung hat er mit scharfem Blick und der nöthigen Dosis von Skepsis das Werthvolle herauszufinden verstanden und, was er als gut erkannte, oft zweckmässig modificirt, erweitert, in seinem Wirkungsbereich umgrenzt. Das hat er beispielsweise erst vor Kurzem durch seine Mittheilung über die Schwebelaryngoskopie und deren erfolgreiche Anwendungsmöglichkeiten bewiesen. Im Operiren hielt er die richtige Mitte zwischen dem Cunctator und dem Polypragmatiker inne: so sehr er jedes Zuwarten bei einmal erkannter Nothwendigkeit des Eingriffs — auch des schwersten — verwarf, so sehr verabscheute er geradezu jede laxe Indicationsstellung, besonders bei chronischen Eiterungen im Ohr oder in den Nebenhöhlen der Nase. Aber selbst bezüglich kleiner Eingriffe in Nase und Hals gab er seinen Schülern das Vorbild strengster Indicationsstellung.

Brieger bethätigte als Arzt stets das Leyden'sche Wort, dass der Arzt nicht Krankheiten, sondern Kranke zu behandeln habe, und darin lag schon die eine Wurzel seiner grossen Erfolge. Er machte auf seine Kranken durch die stattliche Erscheinung, durch die Sicherheit im ganzen Verhalten, durch Geduld, Tact, sich stets gleichbleibende Liebenswürdigkeit, durch seine aus guter Menschenkenntniss und der Fähigkeit der Einfühlung in die Psyche der Patienten fliessende Kunst feinen Individualisirens einen äusserst beruhigenden, wohlthuenden, oft geradezu fascinirenden Eindruck.

Den Angelpunkt seiner wissenschaftlichen Bestrebungen bildete die Otologie. Trotzdem hat er auch der Rhino-Laryngologie keineswegs sein Interesse vorenthalten, hat vielmehr durch eigene Arbeiten und Arbeiten seiner Schüler manche Capitel dieses Gebietes um wichtige Beiträge bereichert. So hat er selbst im Jahre 1891 eine Arbeit über „die Wirkung

des Koch'schen Verfahrens auf Schleimhautlupus", später eine Reihe von Arbeiten über die Rachenmandelhyperplasie, über deren Genese, über ihre Beziehungen zur Tuberculose, über „ihre Bedeutung für die Entwickelung der Tuberculose", sowie eine Arbeit über „die physiologische Bedeutung der Tonsillen (Abwehrtheorie!)" publicirt. Die von ihm angegebene osteoplastische Stirnhöhlenoperation, die ja durch andere Verfahren verdrängt wurde, kann vielleicht bei Stirnhöhlenschüssen in Fällen, in denen es nur auf die Entfernung des Projectils ankommt, angezeigt sein und somit eventuell eine kriegschirurgische Bedeutung haben. Bekannt ist auch die Brieger'sche Doppellampe für Stirnhöhlendurchleuchtung und ein praktischer Kieferhöhlentrokart. Unter den Arbeiten seiner Schüler beschäftigen sich eine ganze Reihe gleichfalls mit der Rachenmandelhyperplasie, mit „cystischen Bildungen" in ihr, mit ihrer Involution, mit Blutungen nach Excision, mit ihren Recidiven, mit Tuberculose der Rachenmandel. Andere Arbeiten betreffen die Tonsillen, und zwar behandeln sie „Kritisches zur Physiologie der Tonsillen", „Mandelanhänge", Aktinomykose der Gaumenmandeln und traumatische Angina. Drei von Brieger's Schülern haben Arbeiten über Nasentuberculose veröffentlicht. Eine Arbeit handelt über degenerative Vorgänge im Pflasterepithel, eine über blutende Septumpolypen, eine über septische Blutungen der Nasenschleimhaut, eine andere über die Lymphscheiden des Olfactorius als Infectionsweg, eine über Melanosarkom der Nase. Weitere Arbeiten aus Brieger's Schule betreffen die Wirkung der Trichloressigsäure in der Nase, die Complicationen endonasaler Eingriffe, die Pathologie und Klinik der Nasennebenhöhlenerkrankungen, die Lipome des Kehlkopfes, die Schwebelaryngoskopie.

Bei allen diesen Arbeiten wusste Brieger seine Schüler in ausgezeichneter Weise anzuregen und anzuleiten.

Als Menschen lernte der nur Brieger richtig kennen, der öfters Gelegenheit hatte, mit ihm in seinem schönen Heim allein oder im Kreise der Seinen zusammenzusein. Hier gab er sich — zumal nach des Tages Mühen — in der liebenswürdigsten, ungezwungensten, offenherzigsten Weise, war fröhlich mit den Fröhlichen, zeigte sich als glänzender Plauderer, ein andermal als treuer, kluger Berather oder als theilnehmender, helfender Tröster. Besonders angenehm berührte das geradezu vorbildlich harmonische Familienleben: er war der glückstrahlendste Gatte und Vater. Brieger hatte schon in jungen Jahren die Tochter eines Breslauer angesehenen Arztes heimgeführt, mit der er in glücklichster Ehe und voller geistiger Gemeinschaft verbunden war. Seinen vier Kindern bemühte er sich so eifrig wie erfolgreich die Jugendzeit ganz besonders schön und glücklich zu gestalten.

So rundet sich das Bild Brieger's zu dem einer reichen Persönlichkeit, die sich in rastloser Arbeit und strenger Pflichterfüllung, in hingebender Bethätigung für die Seinen, für seine Freunde und seine Schüler und im maassvollen Genuss aller edlen Lebensfreuden voll entfalten und ausleben konnte. Brieger bewies so recht die Wahrheit des Dichterwortes: „Höchstes Glück der Erdenkinder ist nur die Persönlichkeit."

In den letzten Jahren freilich schien Brieger ernster, ruhiger geworden, ertönte wohl seltener sein herzliches, schallendes Lachen. Trotz fortschreitender arteriosklerotischer Erkrankung harrte er aber bis zuletzt als treuer Arbeiter aus: noch am Tage vor dem tödlichen apoplectischen Insult hat er auswärts operirt.

Das einzig Tröstende für alle, die Brieger's frühen Heimgang beklagen, ist der Gedanke, dass er, wie er im Leben stets vom Glück getragen wurde, so auch im Sterben vom Glück nicht verlassen ward: mitten aus voller Berufsthätigkeit, mitten aus dem Glück eines ungewöhnlich schönen Familienlebens heraus ist er rasch, ohne Abschied nehmen zu müssen von den Seinen und von allem, was ihm hier werth und theuer war, ohne Schmerzen und ohne Seelenqual hinübergeschlummert.

In den Herzen aller, die ihm näher getreten sind, wird sein Andenken unauslöschlich sein; an der Hauptstätte seiner Arbeit und in den Annalen unserer Wissenschaft wird der Name Oskar Brieger unvergesslich fortleben.

Breslau, November 1914. Wertheim.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **E. Heymann** (Berlin). **Kriegschirurgie im Heimathlazareth.** *Med. Klinik. No. 40. 1914.*

In diesem Theil der Vorträge und Demonstrationen werden Schussverletzungen des Gesichts, der Zunge und der Nase behandelt und praktische Winke für deren Behandlung ertheilt.

SEIFERT.

2) **R. H. Babcock. Ursache des Bronchialasthma. (Cause of bronchial asthma.)** *Illinois medical journal. Juli 1913.*

B. sagt, man solle in jedem Fall von Asthma nach einem chronischen Infectionsherd in den Nebenhöhlen oder in irgend einer anderen geschlossenen Höhle in einer anderen Körperregion fahnden und wenn man einen solchen finde, solle man ihn chirurgisch beseitigen. Wenn die Resorption eines fremden Proteins auf diese Weise verhütet werden kann, so werden die asthmatischen Anfälle gemildert oder bleiben fort.

EMIL MAYER.

3) **W. J. Abbott. Klinische Ergebnisse der nasalen Behandlung bei Asthma. (Clinical results of nasal treatment in asthma.)** *Cleveland medical journal. März 1913.*

Verf. hat als Ursache von Asthma in einer Anzahl von Fällen Ethmoiditis gefunden; die Behandlung bestand in localen Applicationen von Argentum, Chromsäure, Trichloressigsäure, Galvanocaustik, Entfernung des hypertrophirten Gewebes bis zur völligen Ausräumung des Siebbeins.

EMIL MAYER.

4) **Justus Matthews. Anaphylaxis und Asthma. (Anaphylaxis and asthma.)** *Medical Record. 20. September 1913.*

Von 300 Asthmafällen, die in den letzten vier Jahren in der Klinik der Brüder Mayo zur Beobachtung gelangten, fanden sich in über 90 pCt. Veränderungen in den oberen Luftwegen, die Verf. als ätiologische Factoren des Asthma betrachtet. In der Mehrzahl der Fälle fand sich chronische Eiterung oder Retention von schleimigem Secret in der Nase oder den Nebenhöhlen. In dieser Richtung setzte auch die Therapie ein und meist entsprach der Erfolg auch in dem Grade, in dem es gelang, die Retention und Resorption der schleimigen Absonderungen zu verhüten.

EMIL MAYER.

5) **W. Kruse** (Leipzig). **Die Erreger von Husten und Schnupfen.** Aus dem hygienischen Institut der Universität Leipzig (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Kruse). *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1914.*

Ausgehend von der Ueberzeugung, dass der gewöhnliche Katarrh der oberen Luftwege auf infectiöser Basis zu Stande kommt, und von der Vermuthung, dass wir für die grosse Mehrzahl dieser Fälle Bakterien als Erreger ablehnen müssen, kam K. zu der Schlussfolgerung, dass das Virus als „ultramikroskopisch", d. h. als ein kleines, jenseits der mikroskopischen Beobachtung liegendes Lebewesen anzusprechen sei. Der Schnupfen eines Assistenten gab K. das Material für seine Versuche: „Das aus der Nase ausgeblasene Secret wurde 15 mal mit physiologischer NaCl-Lösung verdünnt, durch ein kleines Berkefeldfilter filtrirt und je einige Tropfen davon 12 Mitgliedern des Instituts in die Nasenlöcher eingeträufelt. Die Wirksamkeit der Filtration wurde durch Culturen festgestellt." Vier, d. h. 33 pCt. der Geimpften erkrankten nach 1—3 Tagen an Schnupfen. Ein zweiter grösserer Versuch mit einem 20 mal verdünnten und filtrirten Secret eines acuten Schnupfens, das auf 36 Theilnehmer des bakteriologischen Curses verimpft wurde, ergab 15, d. h. 42 pCt. Erkrankungen an acutem Schnupfen bei einer Incubationsdauer von 1—4, und zwar meist 2—3 Tagen. Von den 29 Curstheilnehmern, die sich nicht impfen liessen und von den am Curse betheiligten 7 Institutsmitgliedern erkrankte nur ein einziger mit einer Incubation von einem Tage. Auch diesmal erwies sich das Filtrat wieder bakteriologisch keimfrei. Auf Grund dieser Ergebnisse hält Autor es „für höchst wahrscheinlich, dass die Erreger mindestens einer Form des Hustens und Schnupfens zu der Gruppe der unsichtbaren oder filtrirbaren Keime gehören". Autor regt weitere Untersuchungen nach dieser Richtung an. Da die filtrirbaren Virus unleugbar eine natürliche Gruppe bilden,

So rundet sich das Bild Brieger's zu dem einer reich
keit, die sich in rastloser Arbeit und strenger Pflichter
gebender Bethätigung für die Seinen, für seine Freunde
und im maassvollen Genuss aller edlen Lebensfreuden
ausleben konnte. Brieger bewies so recht die W
wortes: „Höchstes Glück der Erdenkinder ist nur di

In den letzten Jahren freilich schien Briege
worden, ertönte wohl seltener sein herzliches, sc
fortschreitender arteriosklerotischer Erkrankung
als treuer Arbeiter aus: noch am Tage vor d
Insult hat er auswärts operirt.

Das einzig Tröstende für alle, die Bri
klagen, ist der Gedanke, dass er, wie er
tragen wurde, so auch im Sterben vom G
aus voller Berufsthätigkeit, mitten au
schönen Familienlebens heraus ist er
müssen von den Seinen und von all
war, ohne Schmerzen und ohne See

In den Herzen aller, die ihm
unauslöschlich sein; an der Haup
unserer Wissenschaft wird der N
leben.

Breslau, November 1914

...arkose.

...angegebene Oel-
...inarkose lässt ge-
...treten und macht dann
... ruhigen Schlaf zeigt, der
... anhält (!) Ein grosser Vor-
...urch die Maske nicht behelligt
...mes erhält der Patient eine halbe
...g per rectum, um eine Reizung zu
...n wird Morphium mit oder ohne Atropin
...man eine Mischung von 60 g Olivenöl und
...lage mit angezogenen Knien. Nachdem die
...heter entfernt. Reflexe verschwinden bei der
...en Störungen (Reflexerlöschen, Respirations-
... Flüssigkeit durch 10 cm tief eingeführtes Rohr
...er überschüssige Aether muss nach der Operation
...sspülung entfernt werden. Verf. erhofft für unsere
... grosse Vortheile.

v. SOBERNHEIM.

a)

1) **E. Heymann** (Ber...
No. 40. 1914.

In diesem T...
letzungen des Ges...
für deren Behand...

... **und salzsaurer Harnstoff in Nasen- und Hals-** ... **urea (hydrochloride in nose and throat surgery.)**
... *14. März 1914.*

...cision von Peritonsillarabscessen eine 4proc. Lösung,
... vorderen, event. auch in den hinteren Gaumenbogen in-
...ation pinselt er eine 50proc. Lösung in den Nasenrachen-
... der Application 15 Minuten gewartet werden; Verf. hat con-
... die 2—8 Tage lang anhält.

EMIL MAYER.

2) **R. H. Bab...**
Illinois me...

B. sag...
fectionsher...
in einer ...
man ihr...
diese V...
oder ...

... **Berichtigungen betreffend das Localanästheticum: Liquide de** ... **rectifications concernant l'anesthétique local dit: Liquide**
...*hdom. de laryng. No. 22. 1914.*

... einen Artikel von Arnal (s. Rev. hebdom. de lar.

..lchem behauptet wird, dass die Bonain'sche Mischung
(namentlich im Ohr) Veranlassung giebt. Arnal
..el falsch reproducirt. Wir benützen die Ge-
..schung den Collegen wärmstens zu em-
.. harmlos halten, wie Bonain. (Clin

LAUTMANN.

..athmeten Dämpfe. (Nou- ..s *internat. de laryng.*

..interessante Veröffent-
..an zunächst sich eine ge-
..den kann, um die verschie-
..ungen anstellen zu können.
..mungsluft sich gelöste Salmiak-
..d Löslichkeitsverhältnisse derselben
..e die Physiologen interessiren dürften.
..um die Salze absorbirt und Verf. glaubt
Chlorcalcium benützen zu können, um die
..aniren zu können. Verf. glaubt, dass seine
..die hypothetisch vorausgesetzten Anthropotoxine
.. zu erforschen.

LAUTMANN.

..r die Behandlung von Athemlähmungen mit Sauerstoff-..ltröhre. Mit 1 Abb. Aus der II. med. Univ.-Klinik der ..in. *Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1914.*

..r Nachweis dafür erbracht wurde, dass durch continuirliches ..uft in die Bronchien unter stärkerem Druck auch bei vollständiger ..g ein ganz normaler Gasaustausch erzielt werden kann, empfiehlt ..kritischer Erörterung der bisherigen Methoden der künstlichen Athmung ..stoffeinblasung in folgender Ausführung: Man führt ein Gummirohr von Luftröhrendicke oder einen weichen Katheter mit abgeschnittener Spitze ..i die Tracheotomiecanüle oder durch den Larynx in die Luftröhre, bis man .. einen Widerstand im rechten Bronchus stösst. Dann zieht man das Rohr 5 cm ..urück, fixirt es in dieser Lage durch einen Heftpflasterstreifen am Halse und verbindet es mit einer Sauerstoffbombe. Zum Feuchthalten des Sauerstoffs schalte man entweder ein Glasrohr mit einem nassen Tupfer oder noch besser eine halbgefüllte Wasserflasche mit doppelt durchbohrtem Stopfen ein. Den Sauerstoffstrom regulirt man so, dass die Lungen gerade in Inspirationsstellung gehalten werden. Ein beigefügtes Schema veranschaulicht die Anwendung der Methode. Ist eine Sauerstoffbombe nicht zur Hand, dann kommt man auch durch Einblasung von Luft mit einem Blasebalge durch den Trachealkatheter zum Ziele.

HECHT.

12) **Ciro Caldera. Die modernen Systeme der Inhalationstherapie. (I moderni sistemi di terapia inalatoria.)** *Bollett. d. malattie dell' orecchio etc. Juni 1914.*

Verf. bespricht besonders die trockene Rauminhalation nach Stefanini-

empfiehlt K. sie als „Aphanozoen" (ἀφανής = unsichtbar) für die ganze Familie, „Aphanozonen" für die Gattung und A. coryzae für die Art zu bezeichnen.

HECHT.

6) **Hofbauer** (Wien). **Zur Symptomatologie des Hustens.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 26. 1914.*

In der Sitzung vom 19. Juni der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien stellte H. ein neunjähriges Kind vor, welches seit 20 Monaten an heftigem attackenweise auftretenden Husten leidet, der jeder Therapie trotzte und mit dem objectiv zu erhebenden Befund nicht erklärt werden konnte. Mittelst der Radioskopie wurde nun der Verdacht H.'s auf einen Fremdkörper bestätigt (Blechstück in der Höhe des Jugulums).

HANSZEL.

7) **W. Freudenthal** (New York). **Eine neue Methode der Allgemeinnarkose.** (Vorläufige Mittheilung.) *Fränkel's Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914.*

Verf. hat in verschiedenen Fällen die von J. T. Gwathmey angegebene Oel-Aetheranästhesie mit vielem Erfolge angewandt. Diese Rectalnarkose lässt gewöhnlich nach wenigen Minuten chirurgische Anästhesie eintreten und macht dann den Narkotiseur entbehrlich, indem der Patient absolut ruhigen Schlaf zeigt, der hin und wieder mehrere Stunden nach der Operation anhält (!) Ein grosser Vortheil besteht darin, dass man bei der Operation durch die Maske nicht behelligt wird. Nach der üblichen Vorbereitung des Darmes erhält der Patient eine halbe Stunde vor der Operation Chloreton 0,3—0,6 g per rectum, um eine Reizung zu verhindern. Eine Stunde vor der Operation wird Morphium mit oder ohne Atropin verabfolgt. Mittels Katheters injicirt man eine Mischung von 60 g Olivenöl und 180 g Aether langsam in linker Seitenlage mit angezogenen Knien. Nachdem die Muskeln relaxirt sind, wird der Katheter entfernt. Reflexe verschwinden bei der Narkose nicht. Bei irgendwelchen Störungen (Reflexerlöschen, Respirationsstörungen etc.) müssen 60 g der Flüssigkeit durch 10 cm tief eingeführtes Rohr wieder abgelassen werden. Der überschüssige Aether muss nach der Operation durch Darmrohr oder mittels Ausspülung entfernt werden. Verf. erhofft für unsere Specialität von dieser Methode grosse Vortheile.

v. SOBERNHEIM.

8) **Arthur J. Herzig. Chinin und salzsaurer Harnstoff in Nasen- und Halschirurgie. (Quinine and urea hydrochloride in nose and throat surgery.)** *New York medical journal. 14. März 1914.*

Verf. benutzt bei Incision von Peritonsillarabscessen eine 4proc. Lösung, von der er etwas in den vorderen, event. auch in den hinteren Gaumenbogen injicirt; bei Adenoidenoperation pinselt er eine 50proc. Lösung in den Nasenrachenraum. Es muss nach der Application 15 Minuten gewartet werden; Verf. hat constatirt, dass die Anästhesie 2—8 Tage lang anhält.

EMIL MAYER.

9) **Bonain. Neue Berichtigungen betreffend das Localanästheticum: Liquide de Bonain. (Nouvelles rectifications concernant l'anesthétique local dit: Liquide de Bonain.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 22. 1914.*

Eine Entgegnung auf einen Artikel von Arnal (s. Rev. hebdom. de lar.

No. 11 u. 12. 1914), in welchem behauptet wird, dass die Bonain'sche Mischung zu allerhand Schädlichkeiten (namentlich im Ohr) Veranlassung giebt. Arnal hat überdies die Bonain'sche Formel falsch reproducirt. Wir benützen die Gelegenheit, die echte Bonain'sche Mischung den Collegen wärmstens zu empfehlen, wenngleich wir sie auch nicht für so harmlos halten, wie Bonain. (Clin stellt sie billig in sterilisirten Tuben her.) LAUTMANN.

10) **A. Courtade. Neue Untersuchungen über die ausgeathmeten Dämpfe. (Nouvelles recherches sur la buée de l'expiration.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 1. 1914.*

Ueber dieses Capitel hat Verf. schon einige sehr interessante Veröffentlichungen gemacht. Diesmal zeigt er namentlich wie man zunächst sich eine genügende Quantität der ausgeathmeten Dämpfe verschaffen kann, um die verschiedenen mikroskopischen und chemischen Untersuchungen anstellen zu können. Wir wissen seit Courtade, dass in der Ausathmungsluft sich gelöste Salmiakkristalle befinden. Ueber die Variationen und Löslichkeitsverhältnisse derselben hat Verf. zahlreiche Versuche angestellt, die die Physiologen interessiren dürften. Er weist ferner nach, dass das Chlorcalcium die Salze absorbirt und Verf. glaubt prophylaktisch diese Eigenschaft des Chlorcalcium benützen zu können, um die grossen Räume (Kasernen etc.) assaniren zu können. Verf. glaubt, dass seine Studien den Weg anbahnen, um die hypothetisch vorausgesetzten Anthropotoxine und Zootoxine wissenschaftlich zu erforschen. LAUTMANN.

11) **Erich Leschke. Ueber die Behandlung von Athemlähmungen mit Sauerstoffeinblasung in die Luftröhre.** Mit 1 Abb. Aus der II. med. Univ.-Klinik der kgl. Charité in Berlin. *Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1914.*

Nachdem der Nachweis dafür erbracht wurde, dass durch continuirliches Einblasen von Luft in die Bronchien unter stärkerem Druck auch bei vollständiger Athemlähmung ein ganz normaler Gasaustausch erzielt werden kann, empfiehlt Verf. nach kritischer Erörterung der bisherigen Methoden der künstlichen Athmung die Sauerstoffeinblasung in folgender Ausführung: Man führt ein Gummirohr von $^2/_3$ der Luftröhrendicke oder einen weichen Katheter mit abgeschnittener Spitze durch die Tracheotomiecanüle oder durch den Larynx in die Luftröhre, bis man auf einen Widerstand im rechten Bronchus stösst. Dann zieht man das Rohr 5 cm zurück, fixirt es in dieser Lage durch einen Heftpflasterstreifen am Halse und verbindet es mit einer Sauerstoffbombe. Zum Feuchthalten des Sauerstoffs schalte man entweder ein Glasrohr mit einem nassen Tupfer oder noch besser eine halbgefüllte Wasserflasche mit doppelt durchbohrtem Stopfen ein. Den Sauerstoffstrom regulirt man so, dass die Lungen gerade in Inspirationsstellung gehalten werden. Ein beigefügtes Schema veranschaulicht die Anwendung der Methode. Ist eine Sauerstoffbombe nicht zur Hand, dann kommt man auch durch Einblasung von Luft mit einem Blasebalge durch den Trachealkatheter zum Ziele. HECHT.

12) **Ciro Caldera. Die modernen Systeme der Inhalationstherapie. (I moderni sistemi di terapia inalatoria.)** *Bollett. d. malattie dell' orecchio etc. Juni 1914.*

Verf. bespricht besonders die trockene Rauminhalation nach Stefanini-



Gradenigo, die nach ihm das Vollkommenste darstellt, was es bisher auf dem Gebiete der Inhalationstherapie giebt, insofern der äusserst feine Nebel nicht aus flüssigen Tröpfchen, sondern aus festen Kristallen besteht, die — wie die Thierversuche ergeben haben — bis in die periphersten Theile der Lunge gelangen.

Verf. hat mittels des Systems Stefanini-Gradenigo bei Thieren Inhalationsversuche mit dem Brunnen von Salsomaggiore gemacht. Schon nach einer einmaligen protrahirten Inhalation von 3—4 Stunden Dauer konnte er eine erhebliche Zunahme der Chloride im Urin constatiren. Verf. hat ebenfalls bei Thieren (Hunden) nachgewiesen, dass es mittels desselben Systems gelingt, sehr schnell und in reichem Maasse Dämpfe etc. in die Stirnhöhle zu bringen.

Verf. hat Gelegenheit gehabt, bei den verschiedensten katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege, auch bei Heuschnupfen und Rhinitis vasomotoria ausgezeichnete Resultate mit den Inhalationen der Aqua di Salsomaggiore zu beobachten; bei Tuberculose und Neubildungen jedoch ist die Anwendung dieses Brunnens contraindicirt.

CALAMIDA.

13) **Elsaesser** (Hannover). **Heissluftinhalation.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. 1913.*

Mit einer Heissluftdouche ist ein Ansatz verbunden, aus dem der Heissluftstrom medicamentöse Dämpfe (Terpentinöl, Eucalyptusöl, Perubalsam, Menthol u. a.) mit sich reisst. In 200 Fällen (chronischer Bronchitis, Asthma, acute Laryngitis, Tracheitis, Nasenschwellung, Pharyngitis) „sehr beachtenswerthe Erfolge“.

ZARNIKO.

14) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Neuer transportabler Apparat zur Einathmung comprimirter und Ausathmung in verdünnte Luft.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1913.*

Beschreibung des von den Drägerwerken in Lübeck nach den Angaben des Verfassers hergestellten Apparats. Es kann entweder reine Luft mit positivem oder negativem Druck verwandt werden oder es können ihr vernebelte Medicamente beigemengt werden, für die Verf. eine Anzahl Recepte angiebt.

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

15) **Pieniazek. Atresia aditus narium post variolam.** *Gaz. lek. No. 24. 1914.*

Es handelte sich hierbei um ein $1^1/_2$jähriges Kind, bei welchem 3 Monate nach überstandenen Blattern die Choanen derart verwuchsen, dass nur eine sehr feine Sonde passirte. Es wurde eine plastische Operation ausgeführt.

A. v. SOKOLOWSKI.

16) **Blumenthal** (Berlin). **Ueber Schwellungen in der Umgebung der Nase bei Nasenerkrankungen.** *Med. Klinik. No. 21. 1914.*

Aetiologisch kommen für Schwellungen in der Umgebung der Nase in Betracht: Entzündliche Processe, Neubildungen, Veränderungen in der Circulation und Luftansammlungen im Zellgewebe. Diese Schwellungen können für Diagnose und Therapie Bedeutung haben.

SEIFERT.

17) **Manuel J. Rizzi** (Buenos Aires). **Subcutanes Angiocavernom des Naseneingangs. (Angiome caverneux sous-cutané de la narine.)** *Semana medica. 30. October 1913.*

In dem mitgetheilten Falle begann das Angiom in Form einer kleinen Erhebung nicht grösser als ein Mückenstich, trotz aller angewandten Mittel wurde es immer grösser. Schliesslich handelte es sich um einen Tumor, der den medianen unteren Theil des Nasenrückens, die Nasenflügel, die Nasenlöcher und das Vestibulum einnahm von blauvioletter Farbe, von weicher Consistenz, leicht eindrückbar. Der Tumor wurde auf chirurgischem Wege entfernt. Die histologische Diagnose ergab ein cavernöses Angiom.

GARCIA VICENTE.

18) **René-Celles. Die Angiome des Nasenflügels. (Les angiomes de l'aile du nez.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 15. 1914.*

Zusammenfassung über die Frage. Die Localisation am Nasenflügel ist äusserst selten. Ein Fall ist von Luc beschrieben, einen beschreibt der Autor und den dritten hat er nach Fertigstellung der Arbeit (Duplicität der seltenen Fälle!) zu sehen bekommen. Im beschriebenen Falle handelte es sich um eine 15jährige Patientin (weibliches Geschlecht bevorzugt [!] beim Angiom), die einen kirschgrossen Tumor im oberen Nasenwinkel trug. Der Tumor ist grau, glatt, gespannt mit kleinen Gefässen überzogen, der Innenfläche des Nasenflügels fest ansitzend. Zur Exstirpation rieth Autor die warme Schlinge, die bessere Resultate liefert als die Elektrolyse.

LAUTMANN.

19) **G. Ruggi. Besonderes plastisches Verfahren für die Glabella und Nasenwurzel. (Speciale processo di plastica per la glabella e radice di naso.)** *R. Accad. di scienze mediche di Bologna. 1913.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen er mit grossem Erfolg ein von ihm erdachtes plastisches Verfahren anwandte, dessen genauere Beschreibung in Form eines Referats nicht möglich ist.

CALAMIDA.

20) **Fritz Koch. Narbenlose Nasencorrecturen. (Méthodes de correction de la forme du nez sans cicatrice.)** *Archives internat. de laryng. T. 37. No. 1. 1914.*

Zahlreiche Figuren von Fällen, die vom Autor operirt worden sind, sind das Klarste an der Arbeit. Der Rest betrifft nur Allgemeinheiten ohne jedes nähere Detail, namentlich die Technik betreffend.

LAUTMANN.

21) **Greif. Experimentelle Untersuchungen über Ozaena.** *Casopis lekaruo ceskych. No. 51. 1913.*

Bekanntlich berichteten am letzten Naturforschertage Kofler und Hofer über ihre Untersuchungen und Ergebnisse der Vaccinationstherapie bei genuiner Ozaena mit dem von Perez vor ca. 13 Jahren gefundenen Coccobacillus der Ozaena (Coccobacillus foetidus Ozaenae Perez). Nach Herstellung einer Vaccine wurde durch Injection derselben diese Entzündung specifisch zu beeinflussen gesucht. Besondere Bedeutung gewannen ihre Unternehmungen durch die Thatsache, dass die Impfungen fast bei allen Patienten ein nahezu vollständiges Verschwinden des Fötors zur Folge hatten und eine deutliche Abnahme der Krusten- und Borkenbildung zu beobachten war.

Greif ist nun der Meinung, dass es sicher Formen von genuiner Ozaena gäbe, deren Aetiologie der Mikrococcus Perez ist, zweifelt aber daran, dass alle rhinologisch festgestellten Fälle von Ozaena diese Aetiologie haben, da nach seinen eigenen noch nicht ganz abgeschlossenen Versuchen die Präparate und Culturen die verschiedensten Mikroorganismen ergaben. In der Cultur Bac. mucosus Abel, der bei Züchtung nach den gewöhnlichen Methoden die übrigen Mikroorganismen überwucherte. Bei Züchtung nach dem von Perez angegebenen Verfahren konnte Greif vier reine Stämme gewinnen, welche die Merkmale des von Perez angegebenen Bacillus zeigten (Gestank in Bouilloncultur, ammoniakalische Gärung von Harn). Im Thierversuche zeigten sich diese für Mäuse und Kaninchen pathogen, die Thiere starben unter den Zeichen von Sepsis, doch konnten weder Ulceration noch Hämorrhagien in der Nasenschleimhaut gefunden, noch eine besondere Affinität des Bacillus zur Nasenschleimhaut festgestellt werden. STEINER (PRAG).

22) **E. Axisa** (Alexandrien). **Die Secretion bei Ozaena vera.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 48. S. 753. 1914.*

A. bekennt sich als Anhänger der Herdtheorie; er findet bei genauer rhinoskopischer Untersuchung regelmässig cariös-nekrotische Processe in den Nebenhöhlen und entfernt deshalb die mittleren Muscheln und das Siebbein und eröffnet breit die Keilbeinhöhlen. Unter den 21 Fällen genuiner Ozaena, die auf diese Weise operativ behandelt wurden, werden 14 Heilungen und in den übrigen Fällen bedeutende Besserungen notirt. Die betreffenden Krankengeschichten werden wiedergegeben. Im Hinblick auf dieses überaus günstige Resultat bei operativer Behandlung der Ozaena möchte Referent, der heute seine Aussagen auf neun eigene Sectionsbefunde genuiner in vivo untersuchter Ozaenafälle stützt, der Ueberzeugung Ausdruck geben, dass A. sich irrt. Wohl kann einmal gleichzeitig neben der in die Nasenhöhle localisirten genuinen Ozaena auch eine Nebenhöhleneiterung — ohne Knochennekrose — bestehen und die operative Eröffnung indicirt sein. In der Regel aber sind, wie die Sectionsbefunde bei Lebzeiten untersuchter sicherer Ozaenafälle einwandsfrei lehren, die Nebenhöhlen, speciell auch das Siebbein und die Keilbeinhöhlen, gesund und erweist sich ihre Schleimhaut auch histologisch normal. Nekrotische Knochenprocesse sind nicht vorhanden. Referent hält es deshalb für bedauerlich, dass man in längerer Arbeit und an Hand einer grösseren Anzahl von scheinbar überzeugenden Krankengeschichten zu dieser nutzlosen und bei Ozaena auch nicht ganz ungefährlichen Therapie von Neuem aufmuntert.

OPPIKOFER.

23) **G. Hofer** und **K. Kofler** (Wien). **Bisherige Ergebnisse einer neuen Vaccinationstherapie bei Ozaena.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1913.*

Vortrag, gehalten in der 26. Section der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. HANSZEL.

24) **Lavrand. Ein Fall von Ozaena seit 10 Jahren geheilt. (Cas d'ozène guéri depuis 10 ans.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 28. 1913.*

Siehe französischen Congress für Oto-Rhino-Laryngologie. Paris 1913.

LAUTMANN.



25) **J. Fein** (Wien). **Die Paraffineinspritzungen bei Sattelnasen und bei Ozaena.** *Wiener med. Wochenschr. No. 18. 1914.*

F. arbeitet mit Weichparaffin in kaltem Zustande und bedient sich der Spritze nach Mahu.

HANSZEL.

26) **Hamm** (Braunschweig). **Die Behandlung der Ozaena mit Diathermie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 988. 1914.*

H. behandelt seine Ozaenafälle mit Diathermie und glaubt, dass bei dieser Methode Fötor und Atrophie schwinden, sodass die Nasenhöhle wieder ihre normale Weite erreicht. Wieviel Patienten auf diese Art geheilt wurden, wie lange sie nach Aufhören der Behandlung noch in Beobachtung standen, wird nicht angegeben.

OPPIKOFER.

27) **Rivière. Ueber die lange Toleranz der Fremdkörper in der Nase. (Longue tolérance rélative des corps étrangers du nez.)** *Presse médicale. No. 7. S. 74. 1914. — Lyon médical. 21. December 1913.*

In der Société nationale de médecine de Lyon berichtet Verf. namentlich über einen Fall, in dem ein Laminariastift über 20 Jahre in der Nase einer 30jährigen Patientin gelegen hatte. Bei einem 5jährigen Mädchen war ein Schuhknopf 3 Jahre in der Nase. Bei einem 6jährigen Mädchen fand sich ein Wattepfropfen in der Nase, der wahrscheinlich über ein Jahr darin gelegen hatte.

LAUTMANN.

28) **O. Heinemann** (Berlin). **Zwei bemerkenswerthe Fälle von Nasensteinen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. 1913.*

Nichts Bemerkenswerthes.

ZARNIKO.

29) **Albert A. Crabbe. Ein ungewöhnliches Concrement aus der Nase durch den Mund entfernt. (Unusual concretion removed from nasal cavity through the mouth.)** *Journal american medical association. 12. Juli 1913.*

Bei Untersuchung des hinteren Theils der Nase mittels einer mit Watte umwickelten Sonde stiess man auf einen Fremdkörper; mit etwas Gewalt wurde er nach hinten in den Rachen gestossen. Es war ein Stein, dessen Kern aus Watte bestand. Pat. erinnerte sich, vor 6 Jahren ein Wattestück in ihre Nase gesteckt zu haben.

EMIL MAYER.

30) **Z. Donogány** (Budapest). **Abnorme Zahnbildung und Stein in der Nase.** *Verh. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 5. 1913.*

Seit 13 Jahren bestanden Symptome einer Stinknase. Verf. hat erst einen haselnussgrossen Stein und hierauf eine Dens canina, welche quer durch das Septum lag, entfernt. Der Stein hat sich um den aberrirten Zahn entwickelt.

POLYAK.

31) **Vignard, Sargnon, Bessière. Die Behandlung der Nasenfracturen. (Le traitement des fractures du nez.)** *Prov. méd. No. 43. 1913.*

Verff. haben in 2 Fällen von alten Nasenbeinfracturen folgendes Verfahren angewandt: Submucöse Osteotomie beiderseits an der Grenze zwischen Nasenbein



und Stirnfortsatz des Oberkiefers mittels V-förmigen Meissels, jetzt Mobilisirung und Aufrichtung des Nasendaches, das in dieser Stellung fixirt wird.

GONTIER DE LA ROCHE.

32) L. Ostrom. **Technik und Nachbehandlung der submucösen Resection ohne Tamponade. (Technic and after-treatment of submucous resection without packing.)** *The Laryngoscope. September 1913.*

Verff. macht einen rechtwinkligen Schleimhautschnitt und legt zwei Nähte an, legt einen paraffingetränkten Wattebausch über die Incisionswunde, der nach ein paar Stunden entfernt wird. Verf. setzt die Nachtheile der Tamponade auseinander. Bei correcter Technik ist eine solche völlig unnöthig; nur wenn die Schleimhaut in grösserem Umfange zerrissen ist, kann es nothwendig werden, zu tamponiren.

EMIL MAYER.

33) E. B. Gleason. **Indicationen für die Correction von Septumverbiegungen mittels der Gleason'schen Operation. (Indications for the correction of deviations of the nasal septum by the Gleason operation.)** *The Laryngoscope. December 1913.*

Die Gleason'sche Operation besteht darin, dass eine U-förmige Incision gemacht wird, welche die verbogene Septumpartie umgreift ausser oben; die verticalen Schenkel müssen so weit nach oben geführt werden, wie möglich. Da die Basis der U-förmigen Incision durch den harten Knochen des Proc. nasalis des Oberkiefers oder des Vomer geht, so muss sie am besten mittels einer Säge gemacht werden. Der ganze Erfolg der Operation hängt davon ab, wenigstens bei horizontalen Deviationen, dass der Hals des Lappens gründlich gebogen wird. Der Patient bleibt sitzen, der Operateur steht auf und legt seine freie Hand auf den Kopf des Patienten, um das Septum oben mit grösserer Kraft biegen zu können. Der Knochen am Halsteil des Lappens bricht mit hörbarem Krachen. Die Elasticität dieses Theils des Lappens ist natürlich so aufgehoben, wie wenn eine submucöse Resection gemacht worden wäre. Der Knorpel im Halstheil des Lappens kann nicht gebrochen werden, doch kann er so lange gebogen und geknetet werden, bis seine Elasticität wenigstens vorübergehend aufgehoben ist. Wenn nach der Operation der Lappen nicht vollkommen schlaff ist und keine Tendenz besteht, dass er wieder in seine ursprüngliche Stellung zurückspringt, so ist die Operation als misslungen zu betrachten.

EMIL MAYER.

34) George W. Mackenzie. **Die während oder nach submucöser Septumresection möglichen Complicationen. (Complications that may arise during or after the submucous operation for the correction of septal deviation.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. December 1913.*

Eine bilaterale circumscripte Schwellung beiderseits am Septum spricht für ein Hämatom und muss breit incidirt werden. Ist eine Perforation entstanden, so soll man sie sich selbst überlassen; nur wenn sie klein ist und der Patient sich über ein Pfeifen in der Nase beklagt, soll man sie erweitern. Temperatursteigerung mit Schmerzen oder Kopfweh spricht für die Wahrscheinlichkeit einer Infection; je eher der Tampon entfernt wird, desto geringer ist die Infectionsgefahr.

Man soll in einer Sitzung nur die Septumoperation machen und eventuell nöthige Eingriffe an den Muscheln für spätere Sitzungen verschieben. EMIL MAYER.

35) **Marcel Ballerin. Die Graderichtung der Nasenscheidewandverkrümmung mittels submucöser Resection. (Du redressement de la déviation de la cloison des fosses nasales par la résection sous-muqueuse.)** *Archives générales de médecine. Mai 1914.*

Verf. giebt an der Hand von Abbildungen eine genaue Schilderung der submucösen Septumresection nach Killian. FINDER.

36) **L. v. Bakay** (Budapest). **Plastik der Nasenscheidewand.** *Verh. der ungar. Ges. f. Chir. VI. Jahresversamml. 23.—24. Mai 1913. S. 54.*

Die Operation wurde am 8. März 1910 an einem 4 Jahre alten Mädchen ausgeführt, bei welchem die Nase in Folge von congenitaler Lues schwere Entstellungen erlitt, sie collabirte und verkrümmte sich, und die geschrumpfte Nasenspitze war mit dem Nasenbein verwachsen. Operation: Die dem Filtrum entsprechende Partie der Oberlippe wurde in ihrer ganzen Breite mit der Schleimhaut durchgeschnitten und abpräparirt, so dass sie nur auf einer Basis mit den Resten der zerstörten Septumbasis zusammenhing. Jetzt erfolgte die Excision einer $2^1/_2$ cm langen und ca. 4 mm breiten Rippenknorpelpartie aus dem Knorpel der 5. Rippe. Der excidirte Rippenknorpel wurde in den oben erwähnten Lappen eingenäht und auf die Stelle des fehlenden knorpeligen Septums fixirt. POLYAK.

37) **Richard H. Johnston. Eine einfache submucöse Leistenoperation. (A simple submucous ledge operation.)** *The Laryngoscope. September 1913.*

Je nach der Grösse der Leiste wird ein kleiner, mittlerer oder grosser Hajek-scher Meissel gewählt und so auf die Schleimhaut aufgesetzt, dass Knorpel, Knochen und Schleimhaut unten durchgeschlagen wird, während die Schleimhaut oben intact bleibt. Nachdem wird der Meissel herausgezogen, ohne dass man versucht hätte, die Leiste vom Septum mit Gewalt loszureissen. Man hat nun einen Lappen, bestehend aus Knochen, Knorpel und Schleimhaut, die oben noch an dem Knochen angeheftet ist. Es wird nun mittels Freer'schen Elevatoriums die Schleimhaut vom Knorpel losgelöst und der Knorpel mit einer starken Zange gefasst und ausgedreht. Die Schleimhaut wird wieder an ihre Stelle gelegt, die Nase tamponirt und in 48 Stunden ist die Wunde geheilt. Mittels dieser einfachen Methode ist man in ausgewählten Fällen im Stande, von der submucösen Resection abzusehen. EMIL MAYER.

c) Mundrachenhöhle.

38) **A. Pugnat. Ein Fall von acuter Hypertrophie der Mandel. (Un cas d'adénite amygdalienne hypertrophique aigue.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 15. 1914.*

Bericht von doppelter Recidive der Mandeln und adenoiden Wucherungen nach doppelter Operation und trotz jahrelanger klimatischer Behandlung. Bei einem Bruder des Patienten trat ebenfalls Recidive nach Mandeloperation auf.

LAUTMANN.



39) **W. J. Harrison. Chronische Hyperplasie der Tonsillen und ihre Behandlung. (Chronically enlarged tonsils and their treatment.)** *Brit. med. journ. 21. Februar 1914.*

Es wird die völlige Entfernung mittels Guillotine nach Sluder empfohlen. Nichts Neues.

A. J. WRIGHT.

40) **A. Sikkel** (Haag). **Die chronische Entzündung der Mandeln, ihre Bedeutung und Behandlung. (De slepende ontsteking der amandelen, haar beteekenis en behandeling.)** *Handel. XIV. Nederl. Natuur- en Geneesk. Congres Delft 1913. Haarlem 1913.*

Verf. befürwortet die konservative Therapie. Tonsillectomie, aber auch Tonsillotomie macht er nur ausnahmsweise.

H. BURGER.

41) **George L. Richards. Technik der Tonsillectomie. (Technic of tonsillectomy.)** *Journ. amer. med. association. 27. September 1913.*

Verf. macht die Enucleation mittels des Fingers. Es wird erst sorgfältig das obere Drittel der Tonsille vom vorderen Gaumenbogen abgelöst, dann der Finger zwischen der Tonsille und ihrer Anheftung am Constrictor superior eingesetzt; die Ablösung der Kapsel von diesem Muskel und seiner Fascie macht keine Schwierigkeiten. In ein paar Augenblicken ist die Tonsille von ihrer Anheftung vorn, oben und hinten gelöst, es bleibt nur die Verbindung an der Basis. Dann wird sie mit einer Zange gefasst, weit in die Mundhöhle gezogen und eine Schlinge herumgelegt. Der Finger, der einen ziemlich langen Nagel haben muss, wird mit einem Gummiüberzug bedeckt. Die Operation kann nicht gut in Localanästhesie gemacht werden.

EMIL MAYER.

42) **H. Coulter Todd. Schlinge versus Sluderoperation bei Tonsillectomie. (The snare versus the Sluder operation in tonsillectomy.)** *Journ. amer. med. association. 28. Februar 1914.*

Verf. zieht die Loslösung der Tonsille und Entfernung mittels Schlinge der Sluder'schen Operation vor; er ist der Ansicht, dass durch letztere in einem Procentsatz der Fälle die Tonsille überhaupt nicht oder nur mit grösster Schwierigkeit entfernt werden kann.

EMIL MAYER.

43) **J. K. Milne Dickie. Unmittelbare und entfernte Wirkungen der Tonsillenoperationen. (Immediate and remote effects of operations on the tonsil.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otology. April 1914.*

1. Obwohl die Complicationen bei Tonsillaroperationen in Anbetracht der zahlreichen jährlich ausgeführten Operationen verhältnissmässig selten sind, so sind sie da, wo sie vorkommen, durchaus ernst zu nehmen.

2. Tonsillectomie mittels Guillotine (in der Logan Turner'schen Klinik, aus der die Arbeit stammt, wurde seit Sommer 1912 gewöhnlich die Sluder'sche Methode angewandt) ist keine ernstere Operation als die Tonsillotomie, obwohl bedeutend mehr Geschicklichkeit zu ihrer Ausführung gehört, d. h. die Tonsille glatt mit der Kapsel auszuschälen.

3. Der Endeffect der Tonsillectomie ist befriedigender als der der Tonsillotomie, da keine auf die Tonsille zu beziehenden Erscheinungen mehr auftreten.

4. Bei Kindern unter 3 Jahren ist die Tonsillotomie vorzuziehen.

5. Tonsillectomie ist die Operation der Wahl bei allen Kindern über fünf Jahren, im Jünglingsalter und bei gewissen Erwachsenen.

6. Enucleation durch Ausschälung mittels Scheere und Schlinge soll bei Erwachsenen empfohlen werden, die wiederholt an Peritonsillarabscessen gelitten haben.

A. J. WRIGHT.

44) **Wyatt Wingrave. Bemerkung über die Histologie enucleirter Tonsillen. (Note on the histology of enucleated tonsils.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otology. April 1914.*

Die histologische Untersuchung partiell entfernter und völlig enucleirter Tonsillen giebt sehr verschiedene Bilder. Der auffallendste Unterschied ist, dass bei den enucleirten Tonsillen sich stets Muskelfasern finden. Dieser Befund erklärt sich folgendermaassen: Es besteht eine enge Verbindung zwischen der Tonsille und der musculären Unterlage, auf der sie ruht. Diese Muskelfasern sind nicht scharf von der Tonsille durch aponeurotisches Gewebe getrennt, sondern erstrecken sich in die Tonsille hinein. Dieser Muskelfortsatz wird gewöhnlich bei der partiellen Entfernung mittels Guillotine vermieden, wird jedoch bei der Enucleation getroffen. Die Freilegung dieser Muskelbündel öffnet leicht einen Weg für die Infection der tiefen Zellräume. Elastisches Gewebe ist ein wesentlicher Bestandtheil in jungen und normalen Tonsillen, ist aber mangelhaft entwickelt oder fehlt an erkrankten Tonsillen und im mittleren Lebensalter.

A. J. WRIGHT.

45) **A. v. Lengyel** (Budapest). **Erfahrungen über mit dem Réthi'schen Expressor ausgeübte Tonsillectomien.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1914.*

Verf. bevorzugt diese Methode, welche er für die schnellste, am mindesten gefährliche und vollkommenste betrachtet.

POLYAK.

46) **H. Luc. Ueber die systematische Naht der Gaumenbögen als Präventivmassregel gegen Blutung nach der Amygdalotomie. (De la suture systématique des piliers palatins etc.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. T. 16. No. 4. 1913.*

Vortrag, gehalten auf dem französischen Congress für Oto-Rhino-Laryngologie (s. Congressbericht).

LAUTMANN.

47) **J. Leslie Davis. Bestimmte Quellen aller Blutungen nach Tonsillectomie und ihre sichere Stillung. (Fixed sources of all hemorrhage from tonsillectomy and its absolute control.)** *The Laryngoscope. März 1914.*

Die Blutung kann fast immer gestillt werden, wenn man die Arterie bei ihrem Eintritt in das obere Ende der Fossa tonsillaris fasst und unterbindet. Die Arterie kann immer zu Gesicht gebracht werden, wenn man den oberen Rand des vorderen Gaumenbogens zurückzieht. An der Stelle ihres Eintritts in die Fossa befindet sich ein leichter, stumpfartiger Vorsprung von Bindegewebe, durch welchen die Arterie und Vene hindurchgeht, wodurch das Fassen der durchschnittenen Arterie wesentlich erleichtert wird.

EMIL MAYER.



48) **H. Dupuy. Blutstillung während und nach der Tonsillectomie. (Hemostasis during and following tonsillectomy.)** *Southern medical journ. Febr. 1914.*

Nach den Beobachtungen des Verf.'s sind die gewöhnlichen Quellen der Blutung: Am häufigsten die oberen zwei Drittel des hinteren Gaumenbogens nahe seiner Verbindung mit dem weichen Gaumen; an zweiter Stelle ungefähr die Mitte der Fossa tonsillaris; sodann die unteren zwei Drittel der Fossa, eine Stelle, die dem Plexus venosus der Tonsille entspricht; bisweilen begegnet man einem spritzenden Gefäss längs der oberen zwei Drittel des vorderen Gaumenbogens; die untere Portion der Fossa tonsillaris, die von Aesten der Dorsalis linguae versorgt wird, ist ein nicht seltener Sitz von Blutungen, die Zungentonsille springt nicht selten in die Fossa tonsillaris gerade unterhalb der Gaumentonsille vor. Die Quelle der Blutung ist dann der Zungenmandelast der Dorsalis linguae.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

49) **J. E. Garland** und **C. G. Greene. Blutung nach Tonsillectomie. (Hemorrhage following tonsillectomy.)** *Boston med. and surgical journ. 2. April 1914.*

Es ist oft auffallend, warum in dem einen Fall nach der Operation eine Blutung auftritt und in dem anderen Fall nicht. Die Blutung ist nicht nothwendigerweise zurückzuführen auf excessive Verletzung oder unvorsichtiges Ausschneiden des M. constrictor. Verff. haben in fast allen ihren Fällen gesehen, dass die Blutung nach leicht verlaufenden Operationen auftrat, bei denen die Gaumenbögen und die Fossa tonsillaris ganz intact blieben. Eine mögliche Erklärung ist folgende: Es findet sich oft in der Fossa nach Entfernung der Tonsille ein Plexus kleiner Venen, der möglicherweise auf die chronische Entzündung zurückzuführen ist und von denen bei der Operation eine verletzt werden kann. Jedenfalls meinen Verff., dass die Blutung öfters venös als arteriell ist. Der gefährlichste Typus der Blutung, der zum völligen Verbluten führen kann, ist das fortwährende Sickern wie aus einem Schwamm. Oft schluckt der halbbewusstlose Patient das Blut herunter und die Blutung bleibt lange unentdeckt. Man soll in Zwischenräumen die Rachenhöhle des Patienten inspiciren; das untrüglichste Zeichen für eine Blutung ist, wenn man in der Fossa tonsillaris ein Gerinnsel sieht; dieses bildet sich stets im Beginn der Blutung. Sobald man dieses Gerinnsel entdeckt, soll man nicht zögern und sofort die Gaumenbögen nähen.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

50) **B. Korybut Daszkiewicz. Zur Casuistik der Nasendiphtherie bei Kindern. (Z kazuistyki blonicy jamy nosowej u dzieci.)** *Medycyna. No. 21. 1914.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von idiopathischer Nasendiphtherie bei Kindern mit sehr geringen Localerscheinungen. Die genaue Diagnose wurde erst bakteriologisch bestätigt. Nach der Seruminjection trat rasche Besserung ein.

A. v. SOKOLOWSKI.

51) **Wilh. Buttermilch** (Berlin-Weissensee). **Die klinische Bewerthung der Bakterientypen bei Nasendiphtherie der Säuglinge.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. 1914.*

Die Differencirung der echten Diphtheriebacillen von den diphtheroiden und

avirulenten ist für die Säuglingskliniken sehr wichtig, bei der Untersuchung von Nasensecreten aber häufig sehr schwierig, woraus sich die Forderung ergiebt, in solchen Fällen sämmtliche Hülfsmittel, besonders die Thiercontrole, herbeizuziehen. Individuen mit virulenten Diphtheriebacillen sind zu isoliren, die übrigen können auf der Station bleiben. Schutzimpfungen werden nur bei Kindern vorgenommen, die auf Diphtherietoxin eine positive Intracutanreaction zeigen, also genügend Schutzkörper in ihrem Serum haben. ZARNIKO.

52) **J. D. Rolleston** und **C. Macleod. Intramusculäre Antitoxininjectionen bei Diphtherie. (Intramuscular injections of antitoxin in the treatment of diphteria.)** *Brit. journ. of children's diseases. Juli 1914.*

Die intramusculäre Injection, vorzugsweise in dem Vastus externus, übertrifft alle anderen Methoden der Antitoxinanwendung aus folgenden Gründen:

1. Sie ist ganz ebenso einfach wie die subcutane Methode; die Resorption geht schneller vor sich, die Methode ist weniger schmerzvoll und führt weniger leicht zu Abscessen an der Injectionsstelle.

2. Sie ist der intravenösen Methode überlegen nicht nur wegen der grösseren Einfachheit der Technik, sondern auch in der weniger schnellen Ausscheidung der Antitoxine nach der Einspritzung.

3. Die schnellere Resorption des Antitoxin auf dem intramusculären Wege zeigt sich nicht durch die Wirkung auf den Process im Rachen oder Kehlkopf, sondern durch das seltenere Vorkommen von Lähmungen, besonders solcher schwerer Natur. FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

53) **Friedel Pick** (Prag). **Ueber Kehlkopfstenose.** *Wissenschaftl. Ges. deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung am 22. Mai 1914.*

Der Vortragende berichtet über 3 Fälle von Kehlkopfverengerung und demonstrirt u. a. Röntgenaufnahmen des Kehlkopfes eines 15jährigen Knaben, der zunächst wegen angeblicher Diphtherie tracheotomirt wurde und nach monatelangem Spitalaufenthalt ohne Canüle entlassen, wegen Stenosenerscheinungen neuerlich tracheotomirt werden musste. Es wurde Dilatationsbehandlung eingeleitet, worauf dann eines Tages ein Stück eines Röhrenknochens ausgehustet wurde, der ganz von Bindegewebe und Granulationen umgeben, ca. 4 cm unter der Glottis gelegen war und auch auf der Röntgenplatte zu erkennen ist. Der Knabe wusste nichts von dem Vorhandensein des Fremdkörpers und erinnerte sich erst nach dem Aushusten, dass er circa ein halbes Jahr vor dem Auftreten der als Diphtherie gedeuteten Halsbeschwerden einen Knochen geschluckt habe, ohne weiterhin irgend welche Beschwerden zu spüren. STEINER (PRAG).

54) **Ernst Köck. Ueber schwere, nichtdiphtherische Kehlkopfstenose bei Kindern.** Aus der Univ.-Kinderklinik Freiburg i. Br. (Director: Prof. Dr. C. T. Nöggerath). *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1914.*

Mittheilung der Krankengeschichten zweier Kinder von 1 Jahr: bei dem ersten Fall trat erst ein atypischer Pseudocroup auf, der in 10 Tagen abheilte;

nach 4 Monaten kam das Kind wieder mit erschwerter Athmung, als deren Ursache sich eine letal endigende phlegmonöse Laryngitis erwies. Der zweite Fall litt gleichfalls an atypischem Pseudocroup und wurde mit der Canüle, als eine narbige Kehlkopfstenose eintrat, entlassen. Bei beiden Patienten waren wiederholte Untersuchungen auf Diphtheriebacillen negativ. Fall 1 zeigte bei der ersten Erkrankung Staphylococcus aureus und albus (Rachenschleim), bei der zweiten nahezu Reinkultur von Streptokokken; der 2. Fall Staphylococcus aureus und albus (Kehlkopfschleim und später Trachealeiter). Beide Fälle, die anfangs intubirt wurden, mussten später tracheotomirt werden. Bei beiden setzte die Intubation schwere Veränderungen im Kehlkopf: beim ersten Fall zeigte sich post mortem trotz kurzdauernder Tubeneinführung freiliegender Knorpel, beim zweiten entstand eine schwere Schleimhautnekrose mit consecutiver Larynxstenose. Beide Complicationen spricht Verf. als Folge der Intubation an, da reine Eiterinfection die Kehlkopfschleimhaut gegen die starre Tube noch weit widerstandsloser mache als reine Diphtherieinfection. Verf. empfiehlt daher, beim Nachweis einer pyogenen Infection der Kehlkopfschleimhaut durch Eitererreger grundsätzlich von der Intubation abzusehen und primär zu tracheotomiren. Bei erst nachträglicher Diagnose der pyogenen Natur der Infection durch das Culturergebniss sei an Stelle der Intubation sogleich die secundäre Tracheotomie vorzunehmen.

Eingehende differential-diagnostische und epikritische Erörterungen bezüglich diphtheritischen Croup, Pseudocroup, atypischer Form von Pseudocroup und Laryngitis phlegmonosa.

HECHT

55) **Emil Mayer. Differentialdiagnose und Behandlung der chronischen Laryngitis. (Differential diagnosis and treatment of chronic laryngitis.)** *Journ. amer. med. association. 27. September 1913.*

In ätiologischer Beziehung steht in erster Linie Nasenverstopfung, ferner chronische catarrhalische Zustände des Nasopharynx. Dann kommen in Betracht constitutionelle Ursachen, Digestions- und Herzstörungen, Beschäftigung im Staub, Alkoholismus, Tabakmissbrauch, unzweckmässiger Stimmgebrauch bei Sängern, Schauspielern etc. In letzterem Falle resultiert gewöhnlich eine lokale Hypertrophie (Sängerknötchen). Nach Beseitigung des ätiologischen Moments ist Stimmruhe die beste Therapie. Von Werth sind locale Applicationen von Jod zu empfehlen, ferner Inhalationen mit Gemisch von Tinct. benzoica, Camphor, Jod etc. Dann allgemeine Maassnahmen (Luftveränderung, kalte Abreibungen des Oberkörpers, Regulierung des Stuhlgangs etc.).

Autoreferat.

56) **Ch. Girard** (Genf). **Ein Fall von Dysphagia und Dyspnoea lusoria.** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 7. 1914.*

Dieser Fall hatte schon eine Tracheotomie nothwendig gemacht, aber nur mit vorübergehendem Erfolge. Die Arteria subclavia dextra hatte nämlich durch einen abnormen Verlauf von der linken Seite der Trachea her einen falschen Bogen dicht an deren Vorderwand nach rechts hinüber gebildet, welcher durch Compression der Trachea und der Speiseröhre obige Symptome verursachte. G. machte nun zunächst eine Arteriopexie, d. h. Anheftung des Arterienbogens an anderer

Stelle. Dann spaltete er die Trachealringe an der Vorderwand der Trachea durch einen genauen Medianschnitt extramucös, d. h. ohne die Schleimhaut zu verletzen, und nähte in die Spalte eine Knochenlamelle, welche gut anheilte und das Lumen der Luftröhre in richtiger Erweiterung festhält. Diese originelle Implantation und die Arteriopexie beseitigten auf die Dauer sowohl die Dyspnoe als die Dysphagie. Näheres über diesen Fall steht im Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 101.

JONQUIÈRE.

57) **W. S. Miller. Der Trachealmuskel, seine Anordnung an der Carina trachealis und sein wahrscheinlicher Einfluss auf das Hineingelangen von Fremdkörpern in den rechten Bronchus- und die rechte Lunge. (The trachealis muscle, its arrangement at the carina trachealis and its probable influence on the right bronchus and lung.)** *The anatomical Record. November 1913.*

Unter normalen Bedingungen hat die Carina auf einem Kreuzschnitt eine keilförmige Gestalt und ist links von der Mittellinie gelegen; sie zeigt rhythmische Bewegungen synchron mit der Athmung. Jedes diese Bewegung beeinträchtigende Moment bewirkt eine Abflachung der Carina; wenn pathologische Veränderungen in ihrer Nachbarschaft Platz greifen, so kann sie in die Mittellinie oder sogar nach rechts hinüber gezogen werden. Wie wichtig für das Hineingelangen der Fremdkörper in den rechten Bronchus die Lage der Carina nach links in Verbindung mit der mehr directen Fortsetzung der Trachea in den rechten Bronchus ist, hat zuerst der amerikanische Chirurg S. D. Gross gezeigt.

Der Winkel, unter dem die beiden Bronchien auseinandergehen, spielt ebenfalls eine wichtige Rolle für das Hineingelangen der Fremdkörper in den rechten Bronchus, indem der rechte Bronchus in einem Winkel von 25,6°, der linke in einem solchen von 48,9° abgeht. Während die Lage der Carina, die Anwesenheit resp. das Fehlen von Knorpel in derselben und der Abgangswinkel der Bronchien besondere Aufmerksamkeit erregten, ist die Anordnung der Musculatur bisher vernachlässigt worden.

Von dem hinteren Abschnitte der Carina gehen divergirende Muskelzüge aus, die sich an die Enden des letzten Trachealknorpels ansetzen; die linken Muskelzüge setzen höher an, an den letzten zwei oder sogar drei Trachealringen. Durch diese divergirenden Muskelzüge und die transversalen Muskelzüge, die mit dem letzten Trachealring verbunden sind, wird ein dreieckiges Feld von variabler Grösse gebildet, das frei von Musculatur ist. Bei der Inspiration ist der Luftstrom im rechten Bronchus stärker als im linken. Durch die Anordnung der Musculatur muss die Carina nach links hinübergezogen und gleichzeitig das Lumen des linken Bronchus verengt werden.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

58) **M. Menier** (Decazeville). **Beitrag zur Geschichte der Tracheotomie.** *Zeitschrift f. Laryng. Bd. 7. S. 253. 1914.*

Schon lange vor Botey und Denker hat der berühmte Chirurg Lorenz Heister (geboren 1683) in dringenden Fällen statt der gewöhnlichen Tracheotomie den Gebrauch einer Troikartcanüle empfohlen, mit welcher die Trachealwand durchstossen wurde. Abbildung dieser Troikartcanüle, die sich von dem Botey-

schen Instrument im Wesentlichen nur dadurch unterscheidet, dass es keine Krümmung besitzt.

OPPIKOFER.

59) **W. Hommel** (Freiburg i. Br.). **Die Syphilis der Trachea und der Bronchien und ihre Diagnose durch die Tracheobronchoskopie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 783. 1914.*

Mitteilung von 2 Fällen aus der Freiburger Klinik: in beiden Fällen Gumma im oberen Teil der Luftröhre. In dem einen Falle gleichzeitig auch Recurrenslähmung, jedenfalls infolge spec. peritrachealer Drüsenschwellung. Diagnosestellung durch directe Tracheoskopie und Wassermann'sche Reaction. Unter sofort eingeleiteter spec. Behandlung Heilung ohne Narbenbildung.

H. fand in der Literatur 37 Fälle von Tracheobronchialsyphilis, die mit Hilfe des tracheoskopischen Rohres untersucht sind. Beschreibung des Krankheitsbildes.

OPPIKOFER.

60) **Thost** (Hamburg). **Behandlung der Trachealstenosen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. S. 2539. 1913.*

Demonstration zweier Fälle im Hamburger ärztlichen Verein.

ZARNIKO.

61) **Zuccardi-Ferrucio Merli. Beitrag zur Frage der Trachealtransplantationen. (Contributo alla questione dei trapianti tracheali.)** *Arch. ital. otol. XXV. Fasc. 3.*

Verf. experimentierte an Hunden, indem er Stücke der Trachea resecirte und dann frische oder in Ringer'scher Flüssigkeit conservirte Stücke transplantirte. Das Resultat seiner Versuche ist, dass er die Transplantation frischer oder bis 48 Stunden lang conservirter Stücke für möglich bezeichnet, wenn die Transplantation auf Tiere derselben Species geschieht.

CALAMIDA.

62) **Eliseo Segura. Intratracheale Struma. (Nódulo intratragueal de cuerpo tiroides.)** *Anales de la Sociedad Argentina de oto-rino-laringologia. Dec. 1913.*

30jährige Frau leidet seit dem Alter von 8 Jahren an erschwerter Atmung mit hin und wieder auftretenden Anfällen von Dypnoe, seit 12 Jahren erhebliche Verschlimmerung ihres Leidens. Die Untersuchung ergab einen rundlichen glatten Tumor, der den oberen Teil der Trachea einnahm. Es wurde die Operation von aussen vorgenommen. Da die Schilddrüse erheblich vergrössert war, so musse ein Teil derselben fortgenommen werden. Der Tumor hatte die Grösse einer Mandel und nahm einen grossen Teil des Tracheallumens ein; er erwies sich als eingekapselt und liess sich leicht aus seiner Hülle ausschälen. Die Trachealwunde wurde primär geschlossen. Glatte Heilung und völlige Wiederherstellung normaler Atmung.

Die Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um normales Schilddrüsengewebe handelte.

FINDER.

63) **Marschik** (Wien). **Radium bei einem Carcinom der Trachea.** Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien v. 19. Juni 1914. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 26. 1914.*

Ein Carcinom der Schilddrüse war in die Trachea und entlang der Arteria thyreoidea inferior in den Brustraum gewuchert. Wegen heftiger Blutung aus ge-

nannter Arterie, die durch Umstechung zum Stillstand gebracht wurde, sah M. von der Vollendung der Radicaloperation ab, und es wurde der Patient am 2. Tage post operationem mit Radium behandelt. Er bekam im Ganzen 1600 Milligrammstunden, stets in Messing gefiltert, und es ist die Wundheilung nunmehr abgeschlossen, der Patient kann bei verstopfter Trachealcanüle atmen und normal schlucken. Hinweis auf die Wichtigkeit einer langen, trotz scheinbarer Heilung fortgesetzten Nachbestrahlung mit Radium. HANSZEL.

64) **Gluck** (Berlin). **Totalexstirpation der Trachea bis zur Bifurcation wegen primären Trachealcarcinoms.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2433. 1913.*

Bericht über 2 Fälle in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie. Nach Exstirpation der Trachea und möglichst ausgiebiger Implantation von Hautlappen in die Trachealwunde wurde ein einfaches Drainrohr von der Bifurcation bis zur Rima glottidis eingelegt, mit Hilfe dessen die Pat. gut sprechen und husten konnten. — Im Anschluss daran Demonstration eines Falles, in dem Vortr. durch Pneumopexie und Pneumorrhaphie die Lunge eines Kranken derart verzogen hatte, dass eine durch Aortenaneurysma verursachte Bronchostenose aufgehoben wurde. — Bemerkungen über die Möglichkeit nach Totalresection der Trachea den dahinter freiliegenden Oesophagus ausgiebig zu reseciren. — Demonstration eines wegen vollständiger Narbenstenose des Kehlkopfs operirten Kindes und eines Präparats, das einen dem ähnlichen später verstorbenen Fall betrifft. — Demonstration eines Falles, bei dem wegen Carcinom einer Struma eine grosse Trachealresection ausgeführt war. ZARNIKO.

e II) Stimme und Sprache.

65) **Wolfgang Köhler. Psychologische Beiträge zur Phonetik.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 11. 1913.*

K. führt mit Recht aus, dass die Phonetik psychologische Factoren zu wenig berücksichtigt. Er beschäftigt sich mit dem Bewusstsein des Phonirenden und versuchte durch Angabe eines Tones, der „weder nach unten noch nach oben zu liegen scheint", den phonischen Nullpunkt Merkel's zu finden. Er fand ihn innerhalb eines Terzenbereiches, dessen Lage individuell etwas verschieden ist. Die Metapher „Tonhöhe" erklärt sich als Empfindungen „nach oben" bzw. „nach unten" vom phonischen Nullpunkt. Ferner kritisirt K. wohl mit Recht die associativ-kinästhetische Theorie des Nachsingens und supponirt für die Erregung des Cochlearis beim Hören einen discontinuirlichen Process, der mit der Frequenz des gehörten Tones isochron sein dürfte. Durch eine „Bahnung" würde den im Cochlearis verlaufenden Actionsströmen der Uebergang auf das Vagussystem erleichtert. Hierdurch würde schon im Verlauf der ersten Schwingungen eine Correctur der falschen Schwingungszahl eintreten. NADOLECZNY.

66) **R. Sokolowsky. Zur Kenntniss der Sprachlaute bei Thieren.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 9. 1913.*

S. hat die Laute des sprechenden Hundes Don phonographisch aufgenommen und nach der Hermann'schen Methode in Curven umgeschrieben, die er dann

analysirte. Es fand sich, dass der zweite Partialton dis[2] dominirte, der dem Hermann'schen U-Formanten entspricht. Es handelte sich um Laute, die von den Zuhörern als: Hunger, Kuchen etc. gedeutet worden waren. NADOLECZNY.

67) **Otto Kraft. Die Beziehungen der medicinischen Wissenschaft zur Taubstummenbildung mit besonderer Berücksichtigung der phonetischen Entwicklung.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 65. 1913.*

Nach längeren historischen Ausführungen unternimmt es Verf. die Thätigkeit des Arztes von der des Taubstummenlehrers abzugrenzen und ersterem nur medicinisch-technische Mitarbeit sensu strictiori einzuräumen. Er wendet sich mit Recht gegen die neuerdings für die Gebärdensprache eintretende Richtung. Während er z.B. Bezold's Leistungen Anerkennung zollt, wobei ihm allerdings der Lapsus passirt, die Strecke b^1 bis g^2 als „Stimmlage" zu bezeichnen, werden die Sprachärzte, denen gerade phonetische und psychologische Fragen am Herzen liegen, von ihm so gut wie ignorirt, obwohl er von der modernen Phonetik viel erhofft. Gegen einen Satz aber wie: „Die Sprache ist ein Reflex der auf irgend eine Weise erregten Seele, welch letztere sich eines äusserst wunderbar angelegten Mechanismus bedient, um die Erregung reflectorisch nach aussen hin abzugeben" — gegen einen solchen Satz müssen wir vom sprachlichen und vom psychologischen und vom physiologischen Standpunkt aus Protest erheben. NADOLECZNY.

68) **O. Haenlein. Die Stellung der Phonetik in der Taubstummenbildung.** *Arch. f. exper. und klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 53. 1913.*

Uebersichtliche Zusammenstellung der Verständigungsmittel Taubstummer und ihrer Werthung. H. hält von den Untersuchungen mit der continuirlichen Tonreihe nicht viel hinsichtlich der praktischen Taubstummenbildung. Er bespricht die neueren Methoden und Anregungen zur Ausbildung der Taubstummen im Ablesen und in der Lautsprache. NADOLECZNY.

69) **R. Du Bois-Reymond** und **J. Katzenstein. Ueber Athemvolummessung beim Sprechen und Singen.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 1. S. 27. 1913.*

Mittels einer luftdicht über den Kopf gestülpten Glasglocke wurde das Athemvolumen an der Gasuhr abgelesen und ferner graphisch registrirt. Es fand sich, wie schon bekannt, dass bei vertiefter Mundathmung die grösste Athemmenge bei geringster Athemfrequenz verfügbar ist. Der Luftverbrauch beim Lesen, freien Sprechen und Pianosingen wurde um 20—30 pCt. geringer gefunden als bei ruhiger Athmung. Je stärker die Stimmgebung wird, desto mehr wird der Ruheverbrauch beim Singen und Declamiren überstiegen. NADOLECZNY

f) Schilddrüse.

70) **L. B. Wilson. Eine Studie über die Pathologie der Schilddrüse nach Fällen von toxischem nicht exophthalmischen Kropf. (A study of the pathology of the thyroids from cases of toxic-non-exophthalmic goiter.)** *The journal Lancet. Februar 1914.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die pathologischen Veränderungen der Schilddrüse bei der Struma exophtalmica bestehen im Wesentlichen in primärer parenchymatöser Hypertrophie und Hyperplasie, d. h. einer vermehrten Menge von functionirendem Parenchym verbunden mit vermehrter Resorption. Der Process ist ein acuter.

2. Die Pathologie der atoxischen einfachen Struma ist im Wesentlichen bezeichnet durch ein atrophisches Parenchym, verminderte Function und verminderte Resorption. Der Process ist ein chronischer.

3. Die Pathologie der toxisch-nichtexophthalmischen Struma der klinischen Gruppe II — das sind solche, die der Struma exophthalmica ähnlich sind — ist gekennzeichnet dadurch, dass in atrophischem Parenchym durch regenerative Processe das Parenchym vermehrt ist oder dass neues Parenchym von fötalem Typus gebildet ist mit Steigerung der secretorischen Thätigkeit und der Resorption. Der Process ist ein chronischer, ist jedoch activ genug, um den Patienten früher zur Consultirung eines Chirurgen zu veranlassen als in der klinischen Gruppe I.

4. Je mehr der Fälle der klinischen Gruppe II (toxisch-nichtexophthalmische Struma) sich der wahren Struma exophthalmica nähern, desto kürzer ist die Dauer der Kropfperiode vor der Operation und desto kleiner das Durchschnittsgewicht der Drüse zur Zeit der Entfernung.

5. Die Fälle der Struma toxica der klinischen Gruppe I — das sind solche, in denen cardio-vasculäre Symptome vorherrschen — gleichen in jeder Hinsicht ihrer Pathologie nach mehr den Fällen einfacher Struma, als es die Fälle der klinischen Gruppe II thun.

6. Alle pathologischen Befunde lassen auf eine constante relative Verbindung von vermehrter Secretion und vermehrter Resorption von der Schilddrüse schliessen, proportional dem Grade der Toxicität von Seiten des Patienten. Wenn auch kein absoluter Beweis vorliegt, dass diese Secretion und Resorption die Ursache der Symptome darstellt, so deutet doch alles darauf hin. EMIL MAYER (L. JACOBS).

71) **H. Schloffer** (Prag). **Demonstration eines Falles von nach Strumectomie aufgetretener Tetanie.** *Wissensch. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung vom 22. Mai 1914.*

Es handelt sich um einen seit 2 Jahren bestehenden Basedow, der sich im Anschluss an eine Schwangerschaft verschlimmert hatte. Ziemlich grosse Struma, bedeutender Exophthalmus, Tremor der Finger, keine Kocher'sche Lymphocytose. Bei der Operation wurden etwa $^2/_3$ von der vorhandenen Schilddrüsensubstanz entfernt und dabei die linke Arteria thyreoidea inferior unterbunden, aber beiderseits an der Trachea dünne Schichten von Kropfgewebe zurückgelassen. Glatte Wundheilung. Schon am Tage nach der Operation stand die linke Hand in Geburtshelferstellung, nach 2 Tagen begannen Empfindungen, als ob Hände und Füsse hölzern wären.

Am 5. Tage Chvostek, Trousseau positiv und ein ausgesprochener tetanischer Anfall mit schweren Krämpfen der gesammten Körpermusculatur. Trotz Darreichen von Calcium lacticum, Morphium, Paraldehyd und eines italienischen Parathyreoideapräparates wiederholten sich die Anfälle in verstärktem Maasse auch in

den folgenden Tagen. Parathyreoideatabletten von Freund und Redlich in Berlin waren gleichfalls wirkungslos. Die Anfälle waren von besonderer Schwere und häufig von Stridor mit beträchtlicher Athemnoth, zuweilen mit Zwerchfellkrämpfen verbunden. Zeitweise kam es auf der Höhe des Anfalles zu Temperatursteigerung bis gegen 39. Einmal nach einem besonders schweren Anfall wurde Quincke-sches Hautödem beobachtet. Erst als Pferdeepithelkörperchen, direct von frischen Pferdekehlköpfen gewonnen, im getrockneten Zustande (0,02—0,06 pro Tag) verabreicht wurden, nahmen die Anfälle ab, um bald gänzlich aufzuhören. Aussetzen der Pferdeepithelkörperchentherapie führte aber zunächst noch zur Wiederkehr der Anfälle.

Der Basedow war 4 Wochen nach der Operation so gut wie vollkommen verschwunden, Exophthalmus viel geringer, Pulsfrequenz 80, Tremor und Unruhe beseitigt. Die laryngoskopische Untersuchung, die gleich nach der Operation normale Verhältnisse ergeben hatte, zeigte jetzt eine linksseitige Recurrenslähmung, offenbar ein Ausdruck dafür, dass der Recurrens durch Narbenzug geschädigt wurde. Späterhin kehrten trotz des Aussetzens der Epithelkörperchentherapie die tetanischen Anfälle nicht mehr wieder, hingegen zeigten sich nun hin und wieder Anfälle ganz anderer Art, die als rein hysterisch betrachtet werden mussten. Die Patientin hatte schon vor der Operation 2 Jahre hindurch wegen schwerer Hysterie in Behandlung gestanden. Gegenwärtig ist die Patientin mit ihrem Zustande ausserordentlich zufrieden, ist aufgeblüht und fühlt sich in jeder Richtung wohl.

Es ist immerhin bemerkenswerth, dass dieser schwere Fall von postoperativer Tetanie, der von Anfang an eher eine üble Prognose zu geben schien, ausgeheilt ist. Freilich muss mit der Wiederkehr tetanischer Anfälle, namentlich im Falle einer Gravidität gerechnet werden. Offenbar handelt es sich darum, dass durch die Unterbindung der linken Arteria thyreoidea inferior ein Epithelkörperchen in seiner Ernährung geschädigt wurde und dass die übrig bleibenden Epithelkörperchen nicht mehr genügten. Durch Hypertrophie dieser letzteren Epithelkörperchen wurde späterhin die Insufficienz wieder ausgeglichen.

Bemerkenswerth ist auch der günstige Einfluss, den in diesem Falle die Pferdeepithelkörperchen auf die Tetanie genommen zu haben scheinen. Bekanntlich haben verschiedene Forscher (Biedl u. A.) mit der Epithelkörperchentherapie nichts erzielt, während andere Autoren (Schneider u. A.) über gute Erfolge berichten.

STEINER (PRAG).

72) **Klaus** (Prag). **Basedow bei einem neun Monate alten Kinde.** Aus dem Kinderambulatorium von Prof. R. W. Raudnitz. *Prager med. Wochenschr. No. 41. 1914.*

Exophthalmus, deutlich ausgeprägtes Gräfe- und Stellwag'sches Phänomen, gut tastbare und vergrösserte Schilddrüse bei einem neun Monate alten Kind mit Zeichen von Rhachitis, einem Gewicht von 5560 g, subnormalen Temperaturen zwischen 36,1—36,7 und 144 Pulsschlägen. — Die Pirquet'sche Reaction war deutlich positiv. Mit Rücksicht auf den Lungenbefund und den allerdings zweifelhaften Zusammenhang zwischen Basedow und Tuberkulose wurde eine Tuberculinbehand-

lung (zunächst Injection von 0,00001 Tuberculin) versucht, jedoch wegen baldigen Ausbleibens des Kindes nicht weiter fortgesetzt. Nach mehr als einem Jahre wird das Kind wieder vorgestellt ohne jede Rasselgeräusche, ohne eines der Basedowsymptome. Eine Vergrösserung der Schilddrüse existirt nicht mehr. — Der Fall erscheint bemerkenswerth, da es sich um das jüngste bisher in der Literatur aufgenommene Kind mit Basedowzeichen handelt, ohne von einer basedowkranken Mutter abzustammen.

STEINER (PRAG).

g) Oesophagus.

73) **Arth. Wagner** (Lübeck). **Zur Bewerthung der Methoden der Extraction von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 28. 1913.*

Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre gelingt am besten, wenn die Extraction möglichst bald nach dem Hinabschlucken vorgenommen wird. Pat. mit verschluckten Fremdkörpern sind daher möglichst sofort einem Specialarzt bezw. einem Krankenhaus zu überweisen. Jede Bougirung ist ausser bei vitaler Indication, z. B. Erstickung durch übergrosse Stücke von Nahrungsmitteln (Kartoffeln, Fleisch etc.) zu unterlassen, und auch der Versuch, einen steckengebliebenen Fremdkörper durch grosse Mengen Kartoffelbrei in den Magen zu befördern, ist zu verwerfen. Das ideale Verfahren ist die unblutige Extraction auf natürlichem Wege. Als erprobte Methoden sind anzusehen: 1. Die Extraction mittelst Oesophagoskop, und 2. bei für Röntgenstrahlen undurchlässigen Fremdkörpern, wie Münzen, Gebissen etc. die Entfernung mit dem alten Instrumentarium (Gräfe'scher Münzenfänger, Weiss-scher Grätenfänger etc.) vor dem Röntgenschirm. Die blinden Extractionsversuche ohne die Controle durch Röntgenstrahlen sind als gefährlich zu unterlassen. Die operativen Methoden der Entfernung von Fremdkörpern sind erst dann angezeigt, wenn die beiden unblutigen Verfahren nicht zum Ziele geführt haben. Die Oesophagotomie speciell ist keine ungefährliche Operation. Die Mortalität, besonders bei kleinen Kindern, ist gross.

ZARNIKO.

74) **A. T. Jurasz** (Leipzig). **Oesophagoskop oder Münzenfänger?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1913.*

Polemik gegen Wagner (cf. vorhergehendes Referat), dem Verf. den Vorwurf macht, er berücksichtige mehr die Annehmlichkeit als die Sicherheit des Pat. Die sicherste und für den Pat. ungefährlichste Methode sei und bleibe die oesophagoskopische.

ZARNIKO.

75) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem oberen Theil des Oesophagus. (The removal of foreign bodies from the upper end of the esophagus.)** *The Laryngoscope. Juli 1913.*

Verf. beschreibt sein Vorgehen bei der Oesophagoskopie. Er verwendet bei Kindern bis 8 Jahren kein Cocaïn und keine Allgemeinnarkose. Das Kind wird in ein Laken eingeschlagen auf den Tisch gelegt; der Kopf ruht gerade auf dem Tisch und wird durch einen Assistenten gehalten. Er benutzt Jackson's Speculum für ältere Kinder.

Bei Erwachsenen kann die Untersuchung fast stets in sitzender Position mit etwas extendirtem Kopf in Localanästhesie gemacht werden; es wird dasselbe Instrument mit einem modificirten Handgriff gebraucht. EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **G. Panconcelli-Calzia. Einführung in die angewandte Phonetik, ein pädagogischer Versuch.** Berlin 1914. H. Kornfeld. 131 S. M. 5.

Das Buch ist als Grundlage zu einem Colleg gedacht und bringt alle hierzu nöthigen Abbildungen mit kurzem Text. Daneben ist reichlich Platz für Notizen gelassen. Es soll also kein Lehrbuch sein. Die Grundthatsachen der Athmung, Stimme und Articulation, soweit sie für die Phonetik in Betracht kommen, sind kurz dargestellt, ebenso die einfachen Methoden der Analyse phonetischer Erscheinungen, ferner besonders die Dauer, Höhe und Stärke von Lauten und deren gegenseitige Abhängigkeit, sowie deren Beeinflussung durch Wortbedeutung und Affect und schliesslich der Accent. Es ist in erster Linie für Philologen, Gesangs-, Sprach- und Taubstummenlehrer geschrieben, die einschlägige Vorlesungen hören. Dem Laryngologen wird das Buch, sofern er der Phonetik gebührendes Interesse entgegenbringt, auch allerlei Neues bieten. Zur Nomenclatur möchte Ref. Stimmlippe (nicht Stimmband) vorschlagen. Nadoleczny.

---

b) **Sonnenkalb. Die Röntgendiagnostik des Nasen- und Ohrenarztes.** Jena 1914. Gustav Fischer.

Der Inhalt des Buches gliedert sich in Technik, Diagnostik, Literatur und Reproductionen von Röntgenogrammen. Im technischen Theil wird auf 57 Seiten der Röntgenapparat als solcher, die Röntgeneinrichtung und das Plattenverfahren besprochen, dann folgt in weiteren 46 Seiten die specielle Aufnahmetechnik.

Die Beschreibung des Röntgeninstrumentariums geht in vielen, die Leistungen der Röntgenstrahlen auf einem Specialgebiet umfassenden Abhandlungen voraus. Meist mit wenig Glück, da sie in Folge einer gewissen gebotenen Kürze vielfach etwas zu kurz abgefasst sind und sich nur auf das zum oberflächlichsten Verständniss Nothwendigste beschränken. So auch das vorliegende Buch. Die an sich gute Schilderung der Röntgenapparate usw. ist für den Anfänger nicht immer eingehend genug und für den mit der Röntgenarbeit Vertrauten nicht nöthig; und wenn der Verfasser mit seinen Ausführungen zeigen will, dass der Oto-Rhinologe mit einfachem Röntgeninstrumentarium und wenig kostspieligen Nebenapparaten Gutes leisten kann, so wäre meines Erachtens dies besser geschehen in einer kurzen Schilderung desjenigen Instrumentariums, mit dem der Verfasser seine schönen Bilder erzielt hat.

Sehr werthvoll ist das nun folgende Capitel, in dem mit grosser Genauigkeit die Aufnahmetechnik beschrieben wird; und zwar erläutert der Verfasser in ganz vorzüglicher Weise die einzelnen Arten der Nebenhöhlen-, Ohr- und Kehlkopfaufnahmen. Es wird — und das ist sowohl für den Anfänger, wie für den

Geübteren gleich wichtig — stets die exacteste Lagerung des Kopfes und genaueste Einstellung der Centralstrahlen hervorgehoben und an zahlreichen sehr instructiven Abbildungen veranschaulicht. Auch wer gewohnt ist, die Schädelaufnahmen am sitzenden (und nicht wie der Verfasser am liegenden) Patienten zu machen, wird mit grösstem Interesse diesen Darstellungen folgen. Der Angabe der für die verschiedenen Aufnahmerichtungen nöthigen Einzelheiten folgt jedesmal gleich die Beschreibung all dessen, was auf einem derart hergestellten Bild zu sehen ist, so dass dem Leser auch gleich der Erfolg der manchmal nicht so einfachen Technik vor Augen geführt wird.

Der 55 Seiten umfassende diagnostische Theil lehrt uns in durchaus klarer Form, was ein gutes Röntgenbild in pathologischen Fällen zeigen kann. Ich sage absichtlich zeigen kann, da die Voraussetzung für die manchmal vielleicht allzu optimistisch erscheinende Auffassung des Verfassers eben eine durchaus exacte und stets in gleicher Weise durchgeführte Aufnahmetechnik ist; denn nur durch sie erhalten wir gute Röntgenbilder und nur aus diesen wiederum lassen sich diagnostische Feinheiten herauslesen.

Das Capitel der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, in dem auch die möglichen Fehlerquellen genügende Berücksichtigung finden, bietet selbst dem auf diesem Gebiet Erfahrenen reichen Genuss und viele Anregungen. Ueber den Abschnitt Ohr und Warzenfortsatz schreibt Verfasser selbst: „dass es sich hier nur um einen Versuch handelt, der Röntgenuntersuchung und Untersuchung des Ohres ein weiteres Feld zu eröffnen. Unsere Feststellungen haben zum grossen Nachtheil eine Bestätigung von anderer Seite noch nicht erfahren“. Es hat sich aus den systematischen diesbezüglichen Untersuchungen des Verfassers ergeben, dass das Röntgenbild unter Umständen werthvolle Anhaltspunkte in diagnostischer Beziehung liefern kann; denn es lässt uns erkennen, ob ein Warzenfortsatz z. B. gut pneumatisirt oder total sklerosirt ist. Bei ersterem verläuft z. B. die Mucosusinfection meist schlecht, bei letzterem günstiger.

Die Radiographie der Zähne und die Beurtheilung der Bilder bei den verschiedenen Erkrankungen wird von Zahnarzt Bode in knapper mustergiltiger Weise behandelt. Zum Schluss des diagnostischen Theiles wird noch die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen des Larynx, ferner bei Fremdkörpern besprochen.

Als Anhang folgt eine Wiedergabe der bekannten Arbeiten auf diesem Gebiet in Form von Referaten, „um dem Praktiker, dem die Literatur nur schwer zugänglich ist, die Möglichkeit zu geben, sich über die Ansicht anderer Autoren zu orientiren“. Ein möglichst ausführliches Literaturverzeichniss wäre aber für den, der angeregt durch die Lectüre dieses Buches weiter arbeiten möchte, eine werthvolle Unterstützung und für das Buch selbst eine Vervollkommnung.

Die über 100 Bilder illustriren den Text auf das beste, sie sind alle instructiv und mit dem Rasterverfahren gut reproducirt.

Noch eine Frage: Der Titel des Buches lautet: „Die Röntgendiagnostik des Nasen- und Ohrenarztes.“ Im Text wird nun sowohl die Technik wie die klinische Verwerthung der Larynx-Röntgenogramme in je einem besonderen Capitel besprochen. Warum ist der Halsarzt im Titel vergessen?

Weingärtner (Berlin).



c) Rhino-laryngologische Section des Königl. ungarischen Aerztevereins in Budapest.

Erste Sitzung am 17. Februar 1914.

1. H. Zwillinger: Durch primäres Sklerom der Trachea verursachter seltener Fall von Tracheostenose.

Der 42 Jahre alte Beamte leidet seit einigen Wochen an Dyspnoe. Nase, Nasenrachenraum und Kehlkopf sind frei. Die Ursache der Stenose ist sowohl mit Spiegeluntersuchung wie direct tracheoskopisch in der Trachea, 24 cm weit von der oberen Zahnreihe zu entdecken, besteht aus zwei horizontal verlaufenden graurothen Wülsten von unebener Oberfläche, welche vorne in spitzem Winkel verschmelzen und sich sehr hart anfühlen. Der Fall wird mit Röntgen-Tiefenbestrahlung behandelt.

2. D. v. Navratil: Per primam geheilter Fall eines in Localanästhesie nach Dollinger operirten Wolfsrachens bei einem fünfjährigen Kinde.

Der Wolfsrachen hat sich auf den weichen Gaumen erstreckt und ist mit 6 Dóllinger'schen Nähten verschlossen worden.

3. D. v. Navratil: Fall einer schweren Tracheotomie, ausgeführt wegen Trachealstenose nach Kehlkopftuberkulose.

Die Schwierigkeit bestand darin, dass die Trachea in Narbenstränge eingebettet war, ferner entstand nach Einführung der Canüle eine profuse Blutung und ein subcutanes Emphysem, welches aber bald schwand. Die Strictur schwand nach der Operation und Pat. hat in 2 Jahren 12 kg zugenommen.

4. D. v. Navratil: Auf endolaryngealem Wege operativ geheilter Fall von Kehlkopf- und Trachealtuberkulose.

Die am Kehlkopfe an 5 Stellen, in der Trachea an 3 Stellen befindlichen tuberkulösen Geschwüre sind wiederholt mit dem Elektrokauter behandelt worden. Heilung seit 2 Jahren. Gewichtzunahme 20 kg.

E. Pollatschek ist weniger für die curative Tracheotomie, weil die Vorerwärmung der Luft durch die Nase und Rachen wegfällt, was zu chronischen Katarrhen führt und die Lunge ungünstig beeinflusst. Sind dauerndes Oedem und Geschwüre am Kehlkopfe, so sind diese durch die Ausschaltung günstig beeinflusst, local sind dagegen tiefe Einstiche und Scarification vorzuziehen.

E. v. Tóvölgyi ist auch gegen die Tracheotomie. Die Prognose hängt von dem Zustande der Lungen ab.

Z. v. Lénárt: Die Tracheotomie als curative Operation ist werthvoll in den Fällen, wo bei geringer Lungenaffection sich ausgedehnte Infiltrate am Kehlkopfe befinden.

A. Réthi wendet sich gegen die Behauptung, dass der Kehlkopf nach der Tracheotomie in Ruhe gesetzt wird, da die Secretbildung gewöhnlich sehr stark ist und auch die Immigration der Bacterien wegen Mangels der Vorerwärmung befördert wird. Viele Patienten gehen rapid zu Grunde.



5. D. v. Navratil: Geheilter Fall eines vor 7 Jahren auf endonasalem Wege operirten Septumcarcinoms.

Der Tumor — ein basocelluläres Carcinom — war 2 × 1cm gross und lag $1^1/_2$ cm hinter dem Naseneingange.

6. D. v. Navratil: Fall eines durch Laryngofissur entfernten Kehlkopfkrebses. Heilung.

Pat., ein 65jähriger College, hatte einen Plattenepithelkrebs auf der linken Stimmlippe, welcher das betreffende Arygelenk band. Nach Excision wurde die Wundfläche mit dem Glüheisen verschorft. Recidivfrei seit $1^1/_2$ Jahren.

7. D. v. Navratil: Partielle Zungenexstirpation wegen Krebs.

Breite Excision in Localanästhesie. Keine Drüsen. Recidivfrei seit 9 Monaten.

8. K. v. Láng: Mit Hemilaryngectomie operirter Fall von Kehlkopfkrebs.

Rechtes Taschenband, Stimmlippe und auch ein Theil des Epiglottis waren erkrankt. Probeexcision, Diagnose: Epithelialkrebs. Operation anderwärtig im November 1913, Tracheotomie in der Narkose und Hemilaryngectomie mit totaler Entfernung des Kehldeckels und mehreren infiltrirten Drüsen. Nach 4 Monaten eine haselnussgrosse Recidive, welche Redner zur Wiederholung seiner öfters ausgesprochenen Ansicht berechtigt, dass es nicht der Mühe werth ist, bei Carcinom die halbseitige Exstirpation vorzunehmen.

9. K. v. Láng: Mittels Laryngofission operirter und geheilter Fall eines Prolapses der Morgagni'schen Tasche, welche bereits Suffocation verursacht hat.

Die Benennung „Prolaps" ist unrichtig, da es sich gewöhnlich um entzündliche Hyperplasie oder Tumorbildung handelt. Pat. litt an starkem inspiratorischen Stridor, Cyanose und schweren suffocatorischen Erscheinungen und hat zuerst die Tracheotomie refüsirt, wurde aber $^1/_2$ Stunde später bewusstlos und apnoisch von der Strasse in die Klinik gebracht. Tracheotomie d'urgence, künstliches Athmen durch 8 Stunden, schwere Nachblutung etc. Die endolaryngeale Operation scheiterte an der Härte des Tumors (Pachydermie), und deshalb wurde die Laryngofission nothwendig.

10. K. v. Láng: Durch plastische Operation geheilter Fall einer schweren Strictur des Kehlkopfes (Demonstration eines Röntgenbildes).

Die narbige Stenose lag subglottisch und hatte nur eine gänsekielgrosse Oeffnung. Tracheotomie, nach 4 Tagen Laryngofissur, die Narbe wurde nicht excidirt, nur gespalten und ähnlich der Watson'schen Plastik an den Knorpel fixirt. Décanulement in der zweiten Woche. Das Lumen des Kehlkopfes blieb dauernd frei.

A. Réthi giebt zu, dass die demonstrirte Röntgenaufnahme schön ist; mit sagittalen Aufnahmen aber, deren Technik er neuerdings vereinfacht hat, lässt sich an Deutlichkeit viel gewinnen.

11. K. v. Láng: Entfernung einer Zweikronenmünze aus dem Oesophagus (Röntgenbild).

v. Láng hat bis jetzt in 27 Fällen verschluckte Münzen oesophagoskopisch entfernt, welche nach der Grösse ihres Durchmessers in dieser Tabelle zusammengestellt sind:

			Durchmesser
2	Stück	Einhellermünzen	17,0 mm
18	„	Zweihellermünzen	19,5 „
3	„	Zehnhellermünzen	19,5 „
2	„	Zwanzighellermünzen	21,5 „
1	„	Einkronenmünze	23,5 „
1	„	Zweikronenmünzen	27,5 „

12. Z. v. Lénárt: Präparat von bilateraler Posticuslähmung bei einem 12 Monate alten Kinde.

An dem Kinde wurde schon im Alter von 3 Wochen die Diagnose der extragenitalen Lues gestellt. Vor 2 Monaten stridoröse Athmung, die Stimme blieb rein. Beide Stimmlippen in der Medianlinie unbeweglich fixirt, die Glottis ist kaum $1^1/_2$ mm breit, keine entzündliche Veränderungen. Rachen und Nase frei. Redner stellte die Diagnose auf bilaterale Posticuslähmung und führte die Tracheotomie aus, welche glatt gelang; das Kind starb aber wenige Stunden später an allgemeinen Krämpfen.

Die Obduction (Dr. Entz) ergab folgende Daten: Keine entzündliche Veränderungen am Kehlkopfe, dagegen schwere Veränderungen im Gehirn. An der Oberfläche des Gehirns, besonders auf dem linken Gyrus centralis, mehrere weisse sklerotische Herde, an einzelnen Stellen ist das Gehirn in grösserer Ausbreitung (38 mm) eingesunken und lässt sich besonders dicht anfühlen. Aehnliche Veränderungen sind am rechten Gyrus centralis, am linken Gyrus temporalis und am vorderen Theile des rechten Gyrus occipitalis nachweisbar. In der Gehirnsubstanz sind härtere, gelblichweisse Knoten sichtbar, welche sich von den übrigen Theilen des Gehirns scharf unterscheiden. An den Schnitten sind in der weissen Substanz auch mehrere narbige Knötchen nachweisbar. Das Ependym des 4. Ventrikels ist fein granulirt, die Acusticuslinien sind daselbst unsichtbar. Besonders verdickt ist das Ependym links, entsprechend der Ala cinerea. Am Rückenmark keine auffallende Veränderungen. An den Gehirnnerven fällt es auf, dass die Nerven der Vagusgruppe, Olfactorius und Trigeminus, graugelblich und etwas durchscheinend sind, während die übrigen Nerven (Opticus, Oculomotorius, Abducens, Facialis) weiss sind. Medulläre Nervenstämme und Brachialnerven sind weiss, ebenso der Vagus am Halstheile. Nn. recurrentes beiderseits frei, ohne Veränderung.

Diese Veränderungen stellen einen sehr seltenen Fall der luetischen Gehirnerkrankung vor. Für uns sind sie soweit von Interesse, weil die bilaterale Posticuslähmung zweifellos centralen Ursprungs war, verursacht durch die Erkrankung der bulbären Centren. Dafür sprechen die ausgedehnten sklerotischen Herde des Hirns und der Umstand, dass die Nn. recurrentes beiderseits intact sind.

Die histologischen Untersuchungen sind im Gange und werden uns hoffent-

lich werthvolle Beiträge über die Verhältnisse des bulbären Centrums des M. posticus liefern.

B. Freystadtl: v. Lénárt hält den demonstrirten Fall für beiderseitige Posticuslähmung, entstanden zufolge einer Erkrankung des Grosshirns. Nach Freystadtl ist dies sehr unwahrscheinlich. Die mit der Athmung einhergehende Abductionsbewegung der Stimmbänder kann nämlich durch das Athmungscentrum der Oblongata allein aufrecht erhalten werden. Freystadtl hält die Motilitätsstörung der Stimmbänder — falls die histologische Untersuchung eine Erkrankung der Oblongata und der Recurrentes ausschliesst — für einen Krampf der Glottisverengerer, ähnlich dem „fnnctionellen inspiratorischen Stimmritzenkrampfe". Der Stimmritzenkrampf ist jedoch in diesem Falle nicht functionellen Ursprungs, sondern organisch, durch anatomische Läsion bedingt. Einer der zahlreichen Erkrankungsherde reizt die cerebrale Phonationsbahn, und dadurch wird die Adduction der Stimmbänder hervorgerufen. Das laryngoscopische Bild des inspiratorischen Glottiskrampfes ist dem Bilde der Posticuslähmung ähnlich. Bei einem Kinde von 12 Monaten sind die beiden event. nicht zu unterscheiden.

v. Lénárt kann die Auffassung, dass der seit 2 Monaten dauernd bestehende inspiratorische Stridor durch Glottiskrampf verursacht wurde, nicht theilen, weil der Patient nicht nur in wachem Zustande, sondern auch im Schlafe ohne Unterbrechung und gleichförmig stridorös geathmet hat, was bei Glottiskrampf ausgeschlossen ist. Der Fall kann nur durch eine Läsion des bulbären Centrums erklärt werden, und hoffentlich wird uns die histologische Untersuchung diesbezüglich neue Gesichtspunkte liefern.

13. E. Pollatschek: Ueber die Indication der Kieferhöhlenoperationen.

P. berichtet über seine bacteriologischen Untersuchungen; die Bedeutung der Cytologie zur Beurtheilung der Qualität der Schleimhautveränderungen wird hervorgehoben. Grosse Vermehrung der Lymphocyten spricht für alte Veränderungen. Wichtig ist der Röntgenbefund, dessen feinere Analyse eine Differenzirung zwischen dem Zustand des Knochens und der Schleimhaut gestattet.

Polyák.

Druckfehlerberichtigungen.

Im vorigen Heft ist zu lesen:

Seite 485, Zeile 7 von oben: und europäischen Sprachen (ohne Anführungsstriche).
„ 485, „ 24 „ „ : Marbe'schen Verfahren.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.



U.

V.

W.

Y.

Z.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXX. December 1914. No. 12.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Berlin), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXX. Jahrgangs (Januar—December 1914) **15 Mark.**

Berlin 1914.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

Einsendungen für **Semon's Centralblatt** werden an die Adresse des Herausgebers, Herrn **Prof. Dr. Georg Finder** in **Berlin W. 50, Augsburger Strasse 38,** erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.